

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ



ЮРИДИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ СССР
МОСКВА • 1947

ЦЕНТ
СУДЕ

С

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ имени профессора В. П. СЕРБСКОГО

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УЧЕБНИК
ДЛЯ ЮРИДИЧЕСКИХ ШКОЛ

Под общей редакцией
проф. А. Н. БУНДЕЕВА и доц. Ц. М. ФЕЙНБЕРГ

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ

ДОПУЩЕНО УПРАВЛЕНИЕМ УЧЕБНЫМИ
ЗАВЕДЕНИЯМИ МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ
СССР В КАЧЕСТВЕ УЧЕБНИКА ДЛЯ
ЮРИДИЧЕСКИХ ШКОЛ



ЮРИДИЧЕСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МИНИСТЕРСТВА ЮСТИЦИИ СССР
Москва—1947

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Учебник для юридических школ выпущен был первым изданием в 1941 г. Авторы учебника стремились к ясному и по возможности краткому изложению предмета, вместе с тем избегая его упрощения. Судя по целому ряду положительных отзывов, эта цель была достигнута.

В настоящем издании некоторые главы учебника частично переработаны и дополнены новыми материалами. Так, существенные дополнения внесены в некоторые разделы второй главы (стационарная экспертиза, заочная экспертиза, принудительное лечение). Опыт военного времени учтен в ряде глав, особенно при описании истерии и травм мозга. Это издание дополнено также новыми примерами из практики судебно-психиатрической экспертизы, что способствует лучшему усвоению материала.

Учебник написан группой научных работников Центрального Института судебной психиатрии им. Сербского.

Отдельные главы написаны следующими авторами: проф. Д. А. Аменицкий — глава VIII; старший научный сотрудник

С. К. Берукштис — глава VII; проф. А. Н. Бунеев — главы I, XVIII; проф. И. Н. Введенский — главы XIII, XV, XVII; проф. А. И. Молочек — глава XII; доцент

Э. Н. Разумовская — главы IX, XVI; доцент Ц. М. Фейнберг — главы II, XIX; проф. А. М. Халецкий — главы III, V, VI, VII, X, XI, XIV; доцент Л. С. Юсевич — глава XX.

Редакция учебника: проф. А. Н. Бунеев, проф. М. М. Исаев, доцент Ц. М. Фейнберг, проф. А. М. Халецкий.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие ко 2-му изданию	2
Введение	3

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

Глава I. Вменяемость и задачи судебно-психиатрической экспертизы	5
Глава II. Судебно-психиатрическая экспертиза в СССР, законодательство о ней и ее организационные формы	12
§ 1. Порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы. Анализ ст. 11 УК РСФСР	13
§ 2. Виды судебно-психиатрической экспертизы	26
1. Экспертиза в камере следователя	26
2. Амбулаторная экспертиза	27
3. Стационарная экспертиза	29
4. Экспертиза на суде	34
5. Заочная экспертиза	37
§ 3. Значение судебно-психиатрических заключений для судебно-следственных органов	41
§ 4. Права и обязанности судебно-психиатрических экспертов	43
1. Права экспертов	43
2. Обязанности экспертов-психиатров	44
§ 5. Виды судебно-психиатрических заключений	45
1. Заключение о помещении в психиатрическую больницу на общих основаниях	46
2. Заключение об отдаче на поруки родным и под наблюдение районного психиатра	46
3. Заключение о помещении в психиатрическую больницу на принудительное лечение	47
Глава III. Понятие душевной болезни и причины душевных заболеваний	52
Глава IV. Общие сведения о строении и функциях нервной системы	54
Глава V. Отдельные симптомы психических расстройств	63
§ 1. Физические признаки душевных заболеваний	63
§ 2. Психические признаки (симптомы) душевных заболеваний	64
1. Галлюцинации	64
2. Бредовые идеи	67
3. Расстройства памяти	70
4. Расстройства мышления и интеллекта	71
5. Расстройства эмоциональной жизни	73
6. Расстройства воли	75
7. Расстройства сознания	80
Глава VI. Течение душевных болезней, диагноз и прогноз	82
Глава VII. Классификация душевных болезней	84

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Глава VIII. Шизофрения	85
§ 1. Симптоматика и течение болезни	85
§ 2. Формы шизофрении	88
1. Кататоническая форма шизофрении	89
2. Гебефреническая форма шизофрении	90
3. Параноидная форма шизофрении	91
4. Простая форма шизофрении	94
§ 3. Общая судебно-психиатрическая оценка шизофрении	96
§ 4. Прогноз и лечение	97
Глава IX. Эпилепсия	99
Глава X. Маниакально-депрессивный психоз	109
Глава XI. Олигофрения	113
Глава XII. Психозы при органических заболеваниях мозга	116
§ 1. Травматические заболевания мозга	118
§ 2. Психические расстройства на почве сифилиса нервной системы	122
1. Сифилис мозга	122
2. Прогрессивный паралич	124
§ 3. Эпидемический энцефалит	128
§ 4. Артериосклероз мозга	131
§ 5. Предстарческие психозы и старческое слабоумие	133
Глава XIII. Наркомании	136
§ 1. Алкоголизм	136
§ 2. Морфинизм	145
§ 3. Кокаинизм	146
§ 4. Судебно-психиатрическое значение группы наркоманий	147
Глава XIV. Психопатические личности	150
§ 1. Формы психопатии	151
§ 2. Судебно-психиатрическая оценка психопатий	156
Глава XV. Неврозы и психогенные реакции	161
§ 1. Неврозы	162
1. Неврастения	163
2. Истерия	163
§ 2. Психогенные реакции	170
Глава XVI. Исключительные состояния	178
Глава XVII. Симуляция душевных болезней	183
Глава XVIII. Оценка показаний душевнобольных. Оговоры. Само- оговоры	195
Глава XIX. Психиатрический надзор в местах заключения	202
§ 1. Осуществление психиатрического надзора, направленного на полное изъятие из мест заключения душевнобольных	204
§ 2. Лечебное воздействие психиатра на лишенных свободы с не- резкими нервнопсихическими отклонениями	206

Глава XX. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних 212

- § 1. Экспертиза несовершеннолетних обвиняемых 214
§ 2. Судебно-психиатрическая оценка отдельных болезненных форм у несовершеннолетних 217
§ 3. Экспертиза несовершеннолетних свидетелей и потерпевших 222
 1. Особенность личности дающего показания 223
 2. «Атмосфера дела» 224
 3. Влияние опроса на достоверность свидетельских показаний 226

ПРИЛОЖЕНИЯ К ГЛАВЕ II

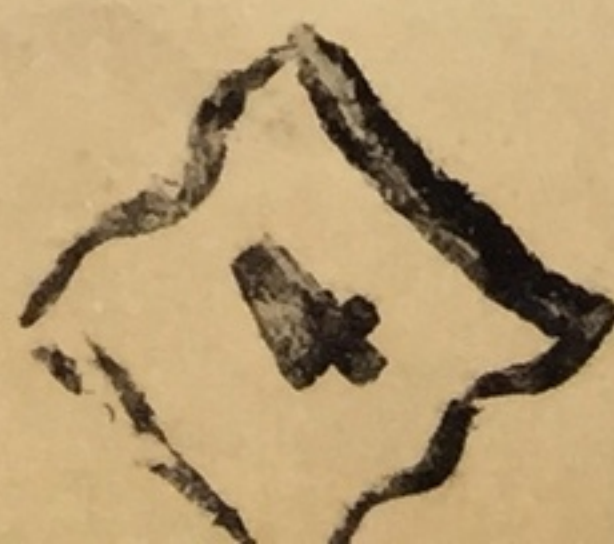
«Судебно-психиатрическая экспертиза в СССР, законодательство о ней и ее организационные формы»

1. Извлечение из уголовного кодекса РСФСР и уголовно-процессуального кодекса РСФСР по вопросам судебно-психиатрической экспертизы 231
2. Инструкция НКЮ СССР, Наркомздрава СССР, НКВД СССР и Прокуратуры СССР от 17 февраля 1940 г. «О производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР» 238
3. Инструкция НКЮ РСФСР и Наркомздрава РСФСР от 17 февраля 1935 г. «О порядке назначения и проведения принудительного лечения психических больных, совершивших преступление 241
Краткий словарь иностранных терминов 243

Редактор В. П. Усков

Подписано к печати 14/IV 1947 г. Печ. листов 15 $\frac{1}{2}$. Уч.-изд. л. 17,34.
В печ. л. 43776 зн. Тираж 25000. М-02968. Цена 7 руб. Зак. 4097.

4-я типография им. Евг. Соколовой треста «Полиграфкнига» ОГИЗа
при Совете Министров СССР. Ленинград, Измайловский пр., 29.



ВВЕДЕНИЕ

Судебная психиатрия, являясь отраслью клинической психиатрии, имеет вместе с тем самостоятельные задачи. В то время как клиническая психиатрия изучает душевные заболевания с целью их лечения и предупреждения, судебная психиатрия изучает психопатологические явления главным образом в их отношении к определенным уголовно-правовым нормам (вменяемость и невменяемость).

Задачей судебной психиатрии является разработка основных принципов судебно-психиатрических оценок различных психотических форм и состояний. Сюда же входит изучение особенностей клинического материала в условиях подследственного состояния и заключения.

Дело в том, что хотя в этих условиях и не наблюдается каких-либо особых заболеваний, которые нельзя было бы встретить в обычной психиатрической клинике, однако наличие разнообразных психогенных механизмов и симулятивных установок часто настолько осложняет и извращает обычные картины душевных расстройств, что позволяет говорить о специфичности судебно-психиатрического материала. Кроме того, некоторые клинические формы, довольно редко встречающиеся в обычных психиатрических клиниках, очень богато представлены в условиях судебно-психиатрической экспертизы. Сюда относятся некоторые виды реактивных и исключительных состояний, симулятивные картины.

Другой важной проблемой судебной психиатрии является изучение опасных действий душевнобольных и их связи с различными психотическими формами и состояниями. Изучение этих вопросов имеет большое значение для профилактики преступлений душевнобольных¹.

Следует подчеркнуть, что эта последняя задача, хотя и представляет большую практическую важность, имеет строго ограниченное значение. Установление причинной связи между опасным действием и душевным расстройством возможно лишь в относительно небольшом числе случаев преступлений душевнобольных и обычно там, где имеются очень глубокие изменения

¹ Здесь задачи судебной психиатрии тесно переплетаются с задачами лечения и устройства быта душевнобольных.

личности, стойкие или преходящие. Самое опасное действие в таких случаях сохраняет только форму преступления, не являясь по существу таковым.

К числу основных задач судебной психиатрии относится разработка законодательства и инструктивных положений по вопросам судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения. Наконец, в руководства по судебной психиатрии иногда включают вопросы психоневрологической и психогигиенической работы в местах лишения свободы, которые хотя и лежат за пределами судебной психиатрии, однако тесно связаны с судебно-психиатрической практикой.

Из изложенного видно, что судебная психиатрия изучает ряд проблем, которые находятся как бы на стыке психиатрии и уголовного права. Этим и определяется весь ход ее исторического развития, зависящего, с одной стороны, от прогресса психиатрии, а с другой — отражающего различные течения в науке уголовного права.

Правовое положение судебно-психиатрической экспертизы на Западе и ее организационные формы отражают отрицательные стороны капиталистического строя. Пристрастность и неавторитетность экспертов, недоступность экспертизы для малоимущих классов — явления, широко распространенные в капиталистических странах.

Развитие советской судебной психиатрии в области теоретической в первую очередь характеризуется борьбой с ломброзианскими и неоломброзианскими концепциями и критическим их преодолением. Советская судебная психиатрия имеет в этой области уже значительные достижения.

В области практической идет развертывание стройной сети советской судебно-психиатрической организации, которая должна удовлетворять запросам судебно-следственных органов, уделяющих большое внимание оценке личностей, привлеченных к уголовной ответственности.

Прогресс советской судебной психиатрии обеспечен исключительно благоприятными возможностями научной работы в СССР, широкими правами, которые предоставляет судебно-психиатрической экспертизе советский закон, и теми ответственными задачами, которые закон на нее возлагает.

ВМБ

Вм

сти —
болез

чины,
По

датель
являе

Су
дейст

умысл
разум

ности
стью

опред
ности,

За
ложно

датель
двумя

Ме
состо

чения
Од

преду
декса
в резу
ленны
законо
Юр
измен
По
РСФС
Статья

ОБЩАЯ ЧАСТЬ

ГЛАВА I

ВМЕНЯЕМОСТЬ И ЗАДАЧИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Вменяемость и противоположное ей понятие невменяемости — понятия юридические. Медицинское понятие «душевная болезнь» является лишь предпосылкой, указывающей на причины, устраняющие вменяемость.

Понятие вменяемости играет огромную роль во всех законодательствах, которые признают, что основанием для наказания является наличие вины при совершении преступления.

Субъектом преступления может быть лишь тот, кто способен действовать виновно. Уголовная вина предполагает наличие умысла или неосторожности. Отсюда под вменяемостью подразумевается такое состояние, когда лицо обладает: 1) способностью сознавать совершаемое и его результаты, 2) способностью руководиться осознанным. Отсутствие этих способностей определяет невменяемость. Причиной, устраняющей эти способности, является душевная болезнь.

Закон дает определение не понятия вменяемости, а противоположного ему понятия — невменяемости. Большинство законодательств пользуется для определения понятия невменяемости двумя критериями — медицинским и юридическим.

Медицинский критерий содержит перечисление болезненных состояний, являющихся необходимой предпосылкой для исключения вменяемости.

Однако констатация одного из болезненных состояний, предусмотренных в соответствующей статье Уголовного кодекса, еще не исключает вменяемости. Необходимо, чтобы в результате этого болезненного состояния наступили определенные психические изменения, которые также определяются законом.

Юридический критерий и определяет степень психических изменений, при которой исключается вменяемость.

По этому образцу построены статьи о невменяемости в УК РСФСР и в уголовных кодексах других союзных республик. Статья 11 УК РСФСР гласит:

«Меры социальной защиты судебно-исправительного характера не могут быть применяемы в отношении лиц, совершивших преступления в состоянии хронической душевной болезни, или временного расстройства душевной деятельности, или в ином болезненном состоянии, если эти лица не могли отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а равно и в отношении тех лиц, которые хотя и действовали в состоянии душевного равновесия, но к моменту вынесения приговора заболели душевной болезнью.

К этим лицам могут быть применяемы лишь меры социальной защиты медицинского характера.

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения».

Таким образом, ст. 11 различает: 1) состояние невменяемости в момент совершения преступления и 2) состояние невменяемости, наступившее к моменту вынесения приговора.

В качестве критериев невменяемости во время совершения преступления ст. 11 указывает: 1) наличие «хронической душевной болезни, или временного расстройства душевной деятельности», или иного болезненного состояния — так называемый медицинский критерий и 2) отсутствие способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими — критерий юридический. Для признания невменяемости, следовательно, необходимо наличие душевной болезни, при которой исключается возможность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими. Наличие одного из указанных критериев еще не устраняет вменяемости.

Эта формулировка ст. 11 и определяет задачи судебно-психиатрической экспертизы.

Судебно-психиатрическая экспертиза складывается как бы из двух моментов: 1) клинической оценки психического состояния испытуемого как в момент экспертизы, так и в период совершения преступления и 2) на основе этой оценки решения вопроса о вменяемости.

Таким образом, в первую очередь эксперт должен решить, здоров или психически болен его подэкспертный, и если болен, то каким именно заболеванием.

Некоторые психиатры придерживаются взгляда, что для решения вопросов о вменяемости важно лишь определить состояние, а диагноз существенной роли не играет. С таким мнением согласиться нельзя, ибо для судебно-психиатрической оценки важна не только статика, но и динамика болезненного состояния, а определение этой последней связано с диагностикой. Например, для оценки вменяемости субъекта, имеющего в анамнезе заражение сифилисом и обнаруживающего к моменту экспертизы ряд органических симптомов и картину неврастении, очень важно уточнить диагноз. Если в данном слу-

чае дело идет о начальной стадии прогрессивного паралича, то, несмотря на отсутствие в момент экспертизы выраженного слабоумия, подэкспертный будет признан невменяемым, учитывая характер изменений личности при этом заболевании и их динамику. Если же будет диагностирован сифилис мозга, то судебно-психиатрическая оценка может быть совершенно иной, так как это заболевание вовсе не связано с обязательным исходом в слабоумие.

Это не значит, однако, что та или иная диагностика всегда влечет за собой и определенное решение вопроса о вменяемости. Речь идет лишь о том, что правильная диагностика позволяет глубже оценить имеющееся налицо болезненное состояние и предсказать его вероятное течение и исход. Диагностика в условиях судебно-психиатрической экспертизы сопряжена с большими трудностями, ибо обычные трудности клинического анализа здесь увеличиваются во много раз из-за разнообразных психогенных и симулятивных установок, возникающих не только у здоровых и психопатов, но и у выраженных душевнобольных. Эти наслоения служат источником ошибок двоякого рода: в одних случаях наличие реактивных и установочных моментов в поведении испытуемого может помешать диагностировать скрывающееся за ним процессуальное заболевание, в других же реактивное состояние или установочное поведение может быть расценено как душевное заболевание в узком смысле, в особенности если имеются указания на пребывание испытуемого в психиатрических больницах или на обращение к районному психиатру.

Поэтому судебно-психиатрическое заключение во всяком сколько-нибудь сложном случае следует давать лишь на основании стационарного наблюдения. Однако и оно не гарантирует эксперта от ошибок. Трудности судебно-психиатрической оценки и здесь остаются большими, и для преодоления их требуются не только «клинические знания», но и специальный судебно-психиатрический опыт.

Огромное значение в судебно-психиатрической практике имеет метод расспроса испытуемого, который по существу является для эксперта главным орудием определения психического состояния. Умение расспросить больного в психиатрической клинике вообще дается только после большого опыта, в условиях же судебно-психиатрической экспертизы расспрос больного требует еще большего умения, ибо само отношение испытуемого к врачу принимает характер скрытой или явной борьбы. Сплошь и рядом испытуемый старается казаться в глазах врача не тем, что он собой представляет на самом деле, а задачей врача является раскрыть его настоящее состояние. В этих условиях очень важно при расспросе сохранять инициативу, а не идти в беседе за испытуемым. При этом следует помнить об опасности подсказать испытуемому те или иные

симптомы, которые он потом может использовать в качестве доказательства своего заболевания.

Установить какие-нибудь общие правила расспроса испытуемого, годные во всех случаях, совершенно невозможно. Каждый испытуемый, в зависимости от своего культурного уровня, характерологических особенностей и т. д., требует индивидуального подхода. Умение расспросить испытуемого является своего рода искусством и дается большим судебно-психиатрическим опытом.

В силу таких установок испытуемого в отношении экспертизы теряет до известной степени свое значение и психологический эксперимент как вспомогательный диагностический метод.

Низкие показатели по различным психологическим тестам иногда являются следствием сознательного изображения испытуемым картины слабоумия. В условиях экспертизы имеет значение не столько правильное или неправильное решение задания, сколько способ его выполнения. Однако достаточно изученной методики для вскрытия симулятивных моментов в поведении испытуемого психологи пока не имеют. Сведения, сообщаемые испытуемым, всегда нуждаются в проверке. Поэтому перед экспертом стоит задача собрать возможно полный объективный материал, а это не всегда является возможным.

Сведения, даваемые родственниками испытуемого, заинтересованными в его судьбе, отнюдь не могут назваться объективными и требуют очень осторожного к себе отношения. Судебно-психиатрическая практика знает немало случаев, когда испытуемые письменно или во время свиданий инструктировали своих родственников, как давать врачу выгодные для них сведения. Поэтому по возможности следует собирать характеристику испытуемого через специальных исследователей, путем опроса сослуживцев, домоуправления, жильцов квартиры и т. д. Конечно, это возможно далеко не во всех случаях. В отношении подследственных такое собирание материала может иметь место только с разрешения следователя.

Не менее осторожного к себе отношения требуют и различные медицинские справки и диагнозы, предъявляемые самими испытуемыми или их родственниками. Судебно-психиатрическая практика знает немало случаев, когда то или иное лицо, совершив преступление и предчувствуя возникновение судебного дела, помещается в психиатрическую больницу, так сказать, «профилактически», чтобы заранее заручиться справкой о болезни. Непосредственным поводом к помещению является обычно реактивное состояние, связанное с ситуацией, иногда алкогольный эпизод. Причины реактивного состояния от врачей скрываются, а само состояние аггравруется, часто при участии родственников, которые дают ложные анамнезы (анамнез — данные о прошлом, о проявлениях болезни). «Боль-

качестве
са испы-
возможно.
психического
требует
испытываемого
судебно-
экспер-
психологи-
ческий
тестам
испы-
еет зна-
решение
статочно
моментов
ведения,
оке. По-
полный
можным.
заинте-
объек-
ния. Су-
з, когда
ировали
них све-
актери-
, путем
и т. д.
отноше-
может
и раз-
вляемые
психиа-
и иное
новение
цу, так
справ-
ию яв-
уацией,
стояния
часто
амнези
«Боль-

ной» получает определенный диагноз, который он и предъявляет соответствующим органам, как только возникает судебное дело.

С другой стороны, и врачи не всегда достаточно серьезно относятся к диагнозам. Несомненно, что некоторые диагнозы являются плодом увлечения той или иной клинической формой. Между тем такие диагнозы, в особенности если они исходят от авторитетных лиц или учреждений, очень прочно «прилипают» к больному и в некоторых случаях определяют его судьбу. Они оказывают давление на заключения всех медицинских комиссий, которым приходится в дальнейшем иметь дело с этим больным. Вот почему судебный психиатр, учитывая имеющиеся у испытуемого медицинские справки, не может придавать им решающего значения, а должен проверять их путем ознакомления с теми материалами, на основании которых был поставлен тот или иной диагноз. Короче говоря, эксперт при собирании анамнеза не должен удовлетворяться диагнозами, а по возможности должен стараться получить историю болезни из тех стационаров или амбулаторий, где раньше лечился испытуемый.

Помимо данных исследования, важнейшим объективным материалом для эксперта является судебное или следственное дело. Хорошо и полно составленное судебное дело является большим подспорьем при экспертизе. Об этом следует помнить и следователям, которые в случаях, когда возникает вопрос об экспертизе, должны собирать возможно более полные сведения, касающиеся не только уликосой стороны дела, но дающие и характеристику подследственного. Особенно большое значение имеет судебное дело при судебно-психиатрической оценке так называемых «исключительных состояний», т. е. временных расстройств душевной деятельности. В этих случаях эксперту приходится ретроспективно восстанавливать картину поведения испытуемого в момент правонарушения на основании материалов дела. Само правонарушение, его мотивы и характер часто являются ценнейшим материалом для оценки психического состояния испытуемого.

Внимательное сопоставление показаний, данных в разное время, и сравнение их с тем, что рассказывает обвиняемый о своем деле врачу, часто позволяют разоблачить установочное поведение или опровергнуть ссылку испытуемого на амнезию.

В отношении осужденных такое же значение имеет знакомство с личным делом, в котором иногда содержатся характеристика поведения испытуемого в месте лишения свободы, конфликты, отношение к работе и т. д. Все это в руках эксперта является ценнейшим материалом.

Однако далеко не всегда следственное дело составляет достаточно полно. В некоторых случаях недостаток материалов не позволяет эксперту окончательно решить вопрос о вменяе-

мости обвиняемого. В этих случаях эксперт должен сделать заключение о необходимости дальнейшего расследования дела или перенести решение на судебное заседание, где он может путем опроса свидетелей получить необходимые ему данные.

Только собрав достаточное количество материала, эксперт может приступить к судебно-психиатрической оценке случая. Как уже было указано выше, эксперт должен, во-первых, определить характер болезненного состояния испытуемого и, во-вторых, решить вопрос о его вменяемости. Вопрос о диагнозе решается путем подробного изучения психического и физического состояния испытуемого, при учете особенностей судебно-психиатрической клиники, о которых мы говорили выше. Решение второго вопроса уже выходит за пределы клинического анализа и содержит в себе момент оценки, который и придает специфичность судебно-психиатрическому заключению.

Какими же критериями должен руководствоваться эксперт при оценке этих изменений? Как мы уже видели, основные установки в этом направлении даны в ст. 11 УК РСФСР.

Решение вопроса о вменяемости сводится к оценке степени изменения личности подэкспертного в момент правонарушения и в период исследования. Юридический критерий ст. 11 охватывает не только изменения интеллекта, но и изменения волевой сферы. Таким образом, при решении вопроса о вменяемости эксперт должен исходить не только из нарушения отдельных сторон психической жизни, но оценивать и изменения психики в целом.

Статья 11 содержит общий критерий невменяемости. Наполнение этих общих определений конкретным клиническим содержанием и является задачей судебной психиатрии. Хотя клинический диагноз, как мы указали выше, еще не решает вопроса о вменяемости, однако он определяет известные варианты решения этого вопроса. Изучением судебно-психиатрических оценок в рамках отдельных клинических единиц и занимается судебная психиатрия.

Задачей эксперта является определить на основе судебно-психиатрических знаний, соответствуют ли имеющиеся у подэкспертного изменения психики по своей природе и выраженности тем требованиям, которые предъявляет ст. 11 УК РСФСР.

В ряде случаев эта основная задача экспертизы осложняется необходимостью разрешить наряду с вопросом вменяемости и другие вопросы, поставленные судом или следствием.

С таким положением приходится прежде всего иметь дело при военной судебно-психиатрической экспертизе. Специфическая особенность этого рода экспертизы заключается в том, что эксперту наряду с вопросом о вменяемости приходится разрешать и вопрос о годности испытуемого к военной службе. При этом следует иметь в виду, что решение этих вопросов может быть различным. Например, субъект может быть признан вме-

няемым и негодным к военной службе или наоборот. Дело в том, что оба эти вопроса разрешаются на основании совершенно различных критериев. Если при разрешении вопроса о вменяемости эксперт опирается, как мы видели, на формулировку ст. 11 УК РСФСР, то при определении годности к военной службе он исходит из статей действующего приказа НКО СССР, содержание которых преследует цель правильного отбора. Таким образом, эти вопросы должны решаться раздельно.

Аналогичное положение может встретиться и при экспертизе по делам, касающимся нарушения трудовой дисциплины. Здесь наряду с вопросом о вменяемости перед экспертом может быть поставлен вопрос о трудоспособности. И эти вопросы следует решать раздельно. Признание испытуемого нетрудоспособным еще не предопределяет его невменяемости.

Наконец, следует упомянуть о тех, правда редких, случаях, где суд задает эксперту вопрос о мотивах преступления. Это иногда имеет место в тех случаях, где эксперт признает обвиняемого вменяемым, а мотивы преступления остаются для суда непонятными. Следует подчеркнуть, что ответ на этот вопрос выходит за пределы судебно-психиатрической экспертизы. Эксперт может помочь разобратся суду в мотивах преступления путем анализа личности испытуемого, но, поскольку мотивы человеческого поведения не поддаются строго научному анализу, он должен предупредить суд, что его ответ в этой части носит лишь предположительный характер и основывается не столько на данных психиатрии, сколько на опыте индивидуального психологического анализа.

ГЛАВА II

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СССР, ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О НЕЙ И ЕЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ¹

Основная задача советской судебно-психиатрической экспертизы — дать научно обоснованное заключение судебно-следственным органам о вменяемости или невменяемости привлекаемых к уголовной ответственности лиц, вызывающих сомнение в их психическом состоянии, и выявить среди них таких лиц, к которым в силу их психической болезни должны быть применены меры медицинского характера. Как научная, так и практическая работа в области советской судебно-психиатрической экспертизы подчинена этой основной задаче и определяется ею.

Этой задачей определяются и те требования, которые предъявляются к советским экспертам-психиатрам органами юстиции. Как суд и следственные органы, так и места лишения свободы, обращаясь к эксперту-психиатру, требуют от него прежде всего достоверного и с научной точки зрения обоснованного заключения о психическом состоянии обвиняемого или осужденного, ибо на основании этого заключения органами юстиции решается вопрос о дальнейшей судьбе подэкспертного. К эксперту-психиатру советские органы юстиции предъявляют вместе с тем и другое не менее важное требование — дать в своем заключении конкретные и определенные указания о наиболее целесообразных практических мероприятиях в отношении подэкспертных, признанных нуждающимися в применении к ним мер медицинского характера. Решение экспертом-психиатром обеих указанных задач должно быть дано в соответствии и с основными положениями социалистического уголовного права, ибо лишь в этом случае психиатрическая экспертиза действительно может оказать реальную помощь суду, следственным органам и местам лишения свободы.

К психиатрической экспертизе прокуратура, суд и следственные органы прибегают часто, она стала повседневным делом. Причиной этого является не увеличение количества лиц, совершивших преступления, но значительное улучшение качества

¹ См. приложение к этой главе в конце учебника.

работы судебно-следственных органов и то большое внимание к личности обвиняемого, какое уделяется ими при разборе дела. Сталинская Конституция, высоко подняв авторитет советского суда, требует от него прежде всего внимательного и чуткого подхода к личности. Значение судебно-психиатрической экспертизы в советском суде в связи с этим повышается. Большое значение имеет и то обстоятельство, что в юридических учебных заведениях введены курсы по судебной психиатрии и работники суда и следствия, ознакомившись с основами судебной психиатрии, лучше разбираются в личности подсудимых и при сомнении в их психическом состоянии направляют их на экспертизу.

Советское уголовное законодательство предоставляет экспертам-психиатрам наиболее благоприятные условия для проведения своей работы. Эти условия установлены советскими уголовными законами и регламентируются особыми инструкциями и положениями о судебной экспертизе.

§ 1. Порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы. Анализ ст. 11 УК РСФСР

Вопрос о проведении судебно-психиатрической экспертизы может возникнуть во время предварительного расследования, в стадии судебного следствия, а также во время отбывания осужденными наказания. Поэтому к судебно-психиатрической экспертизе, наряду с органами расследования (милиция, уголовный розыск, следователи, прокуроры) и судебными органами, прибегают и места лишения свободы (колонии, лагеря и тюрьмы). Знакомство с организацией судебно-психиатрической экспертизы имеет актуальное значение для всех тех органов, которым приходится к ней прибегать.

Практика показывает, что 85% всех проводимых экспертиз приходится на лиц, уголовные дела которых находятся или в стадии предварительного расследования, или в стадии судебного рассмотрения. Это свидетельствует о том, насколько тщательно наши органы суда и следствия относятся к тем из привлеченных к следствию и суду, которые вызывают сомнение в их психическом здоровье. Данные Института судебной психиатрии им. Сербского показывают, что свыше 40% лиц, присланных на стационарную экспертизу, оказываются действительно психически больными, невменяемыми и нуждающимися в мероприятиях медицинского характера. Около 60% признаются институтом вменяемыми, но и среди них имеется значительный процент лиц с так называемыми «пограничными состояниями» (психопаты, травматик, алкоголики и т. п.), не исключающими вменяемости, но в большинстве случаев дающими достаточное основание для направления их на экспертизу.

Все же, несмотря на значительное количество лиц, посылаемых на экспертизу, имеется некоторый процент больных, психическая болезнь которых остается необнаруженной во время предварительного и судебного следствия. Не исключена также возможность заболевания той или иной психической болезнью и во время отбывания наказания. Вот почему и для мест лишения свободы психиатрическая экспертиза имеет большое значение.

Особо важное значение имеет экспертиза в отношении подсудимых, предупреждая возможность осуждения психически больных.

Необходимо знать, кому принадлежит право постановки вопросов о проведении судебно-психиатрической экспертизы. Прежде всего право назначения судебно-психиатрической экспертизы принадлежит судебно-следственным органам (ст. 193 УПК РСФСР и соответствующие статьи уголовно-процессуальных кодексов других союзных республик). Согласно примечанию 1 к ст. 63 УПК РСФСР, судебно-следственные органы обязаны назначать экспертизу во всех тех случаях, когда имеется сомнение в психическом состоянии обвиняемого или подсудимого. Пленум Верховного Суда СССР, отменив своим постановлением от 15 июля 1939 г. определение Железнодорожной коллегии по делу Ш., как неправильное, указал, что, утверждая, без заключения экспертизы, что Ш. находился в состоянии опьянения, не исключающего вменяемость, коллегия нарушила примечание 1 к ст. 63 УПК РСФСР, согласно которому при возникновении у суда сомнения по поводу психического состояния подсудимого вызов эксперта является обязательным.

О назначении психической экспертизы могут ходатайствовать также сам обвиняемый и его защитник (ст. ст. 112, 253, 254, 273 УПК РСФСР). Кроме того, судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена и по инициативе врача места заключения, где содержится обвиняемый. Если у врача явилось сомнение в психическом здоровье того или иного заключенного, он доводит об этом до сведения следователя и с разрешения последнего направляет подсудимого на экспертизу. Право возбудить ходатайство о производстве психиатрической экспертизы имеют и родственники обвиняемого, которые в таких случаях подкрепляют свое ходатайство представлением официальных справок от медицинских психиатрических учреждений, подтверждающих наличие в прошлом у обвиняемого того или иного психического заболевания. Однако необходимо отметить, что право назначения психиатрической экспертизы по закону принадлежит лишь судебно-следственным органам, которые в отдельных случаях могут и не удовлетворить ходатайства о назначении судебно-психиатрической экспертизы, если

найдут
случай
органы
стоянии
Воз
трическ
казания
на зна
ти за.
имеется
ственные
психиат
хическо
дебно-сл
судебно
случаях
Осно
на псих
деляющ
«Мер
ктера не
преступл
временн
болезне
отчета в
ношении
шевного
лели ду
К эт
ной защ
Г
прос
стоя
Опре
тем соче
и так на
Мед
а) хро
ное р
в) ино
этих пат
достаточ
стоянии
лезнь об
наличии
себе
дять и

найдут его недостаточно обоснованным. На практике такие случаи почти не встречаются, так как судебно-следственные органы уделяют большое внимание вопросу о психическом состоянии обвиняемого.

Возникает и второй вопрос при назначении судебно-психиатрической экспертизы — в каких случаях (по каким показаниям) и на основании каких данных должна назначаться судебно-психиатрическая экспертиза. В примечании 1 к ст. 63 УПК РСФСР на этот счет имеется общее указание о том, что на советские судебно-следственные органы возлагается обязанность вызова эксперта-психиатра во всех тех случаях, когда имеется сомнение в психическом состоянии обвиняемого. Естественно, что тем судебно-следственным работникам, которые знакомы с основами судебной психиатрии, значительно легче определить, в каких случаях следует направлять обвиняемого на экспертизу.

Основную ориентировку в решении вопроса о направлении на психиатрическую экспертизу дает ст. 11 УК РСФСР, определяющая понятие невменяемости:

«Меры социальной защиты судебно-исправительного характера не могут быть применяемы в отношении лиц, совершивших преступления в состоянии хронической душевной болезни, или временного расстройства душевной деятельности, или в ином болезненном состоянии, если эти лица не могли отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а равно и в отношении тех лиц, которые хотя и действовали в состоянии душевного равновесия, но к моменту вынесения приговора заболели душевной болезнью.

К этим лицам могут быть применяемы лишь меры социальной защиты медицинского характера.

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения».

Определение невменяемости, даваемое ст. 11, построено путем сочетания так называемого медицинского критерия и так называемого юридического критерия.

Медицинский критерий складывается из указаний на: а) хроническую душевную болезнь, б) временное расстройство душевной деятельности и в) иное болезненное состояние. Но для признания этих патологических состояний состояниями невменяемости недостаточно, чтобы преступление было совершено лицом в состоянии душевной болезни, так как не всякая душевная болезнь обуславливает невменяемость, а необходимо, чтобы при наличии душевной болезни обвиняемый не мог отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, т. е., наряду с медицинским критерием, закон

в формулу невменяемости включает и юридический критерий, которым и должен руководствоваться суд.

На практике при разрешении вопроса о предусмотренных ст. 11 случаях невменяемости в момент совершения преступления судебные и следственные органы встречаются с двумя категориями дел:

1) психическое состояние обвиняемого во время и после совершения преступления внушает одинаковое сомнение;

2) вызывает сомнение психическое состояние обвиняемого только в момент совершения преступления.

Если в обоих случаях будет установлена душевная болезнь, то обычно в первом случае наблюдается хроническое душевное заболевание — шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич и т. д., а во втором случае мы обычно имеем дело с временным расстройством душевной деятельности, с так называемым исключительным состоянием. Сюда относятся: эпилептические расстройства сознания, так называемый патологический аффект, временное расстройство душевной деятельности, связанное с патологическим опьянением, острые галлюцинаторные бредовые состояния, вызванные инфекцией, алкоголем, тавмой и т. п.

Приведем два примера этих вариантов экспертизы: 1) случай хронического душевного заболевания и 2) случай временного расстройства душевной деятельности.

Случай 1-й. С., 64 лет, находился в Институте им. Сербского дважды. Всю свою многолетнюю жизнь он провел в непрерывной борьбе за осуществление различных сомнительных изобретений. Сорок лет назад он был увлечен изобретением вечного двигателя. Спустя три года, убедившись в бесплодности своих затей, тяжело переживал неудачи, настроение было подавленное. Вскоре умер его отец. Оставшееся после отца имущество он продал, создал собственную мастерскую, занялся изобретательством. После идеи создания упругих паровых винтов он был увлечен мыслью о создании воздухоплавательного аппарата с упругими крыльями. Ряд лет он отдал этой идее. Средства его истощились, в отпуске денег ему отказывали. Он выехал за границу, но и там его идеи признания не получили. Вернувшись в Россию, он посещал разных лиц, от которых зависело решение вопроса. Его выслушивали, обещали, одни инстанции соглашались выдать деньги, другие отказывали. Знакомые давали ему займы небольшие суммы, жил он у товарищей. В таких мытарствах прошел ряд лет. Ничем, кроме изобретательства, он заниматься не мог. Теоретических знаний у него не было. Изучая физические законы, он остановил свое внимание на теореме Кеплера и усомнился в ее правильности. Считая, что опровержение теоремы Кеплера должно совершить переворот в оптике, он, увлекшись этой задачей, оставил работу над упругим крылом. Далее он занимался изобретением походного спиртового самовара, надуваемого воздухом матраца, затем — инкубатора для выведения цыплят.

С. посещал приемные разных ведомств, писал заявления, добивался создания комиссий. Проекты его рассматривались, ходили по рукам. Профессора убеждали его оставить свои большие планы, предлагали ему повысить свое образование. Проявляя удивительную настойчивость, он все же изредка находил сочувствующих ему людей, получал некоторые

возможно
писанием
принимал
годы для
родным к
Нако
к здании
арестовал
психиатри
В ис
этом дос
оценку с
интересов
в умысл
сообщает
искажают
его мнен
устаревш
нашедше
больным
обратить
сией исп

Через
постоянно
ждения
В одном
на констр
нии теор
на оплат

Ника
десять л
создал и
основы с
и увлече
димые у
Нескольк
телен. С
натуры, —
исключит
сравнивае
сова, счи
реформат
встречает
он счита
проявляя
интересов
интересуе
злонамер
обладает
щих его

Прив
в инстит
«След
годаря о
в стремл
всеми бы
стремлен
в разреш
только в
дательност

возможности для проведения опытов. Среди прочих дел С. занимался писанием жалоб на разных лиц, на учреждения, которые ничего не принимали по существу его жалоб. Он был убежден, что ученые не без выгоды для себя проваливают его планы. Он писал в газеты, обращался к народным комиссарам, в партийные, профсоюзные и административные органы.

Наконец, для того, чтобы обратить на себя внимание, он отправился к зданию одного из центральных учреждений «бить стекла». Его там арестовали и после освидетельствования направили в Институт судебной психиатрии им. Сербского.

В истории болезни отмечены настойчивость, подозрительность, при этом доступность для беседы. Испытуемый обнаруживает явную переоценку собственной личности, склонность к резонерству. В центре его интересов — борьба за изобретательские идеи, обвинение ряда лиц в умышленном причинении ему вреда. Подробностей своих теорий он не сообщает, опасаясь кражи его идей. Недоброжелатели якобы умышленно искажают сообщенные им факты, боятся, что он их опередит. Ученые, по его мнению, стоят сотни лет «у храма науки как безмозглые сторожа устаревших заветов», «они боятся пропустить в этот храм самоучку, нашедшего опровержение их законов». Он опасается, что его признают больным и тогда он не достигнет цели, т. е. не заставит органы власти обратить на него внимание задуманным поступком (битие стекол). Комиссией испытуемый признан душевнобольным, невменяемым.

Через десять лет С. был вторично задержан как лицо, не имеющее постоянного местожительства. Выяснилось, что он часто обращается в учреждения с просьбой выдать ему деньги на осуществление изобретений. В одном из учреждений он действительно получил значительную сумму на конструирование телескопа новой системы, основанного на опровержении теоремы Кеплера. Телескопа С. не построил, а деньги израсходовал на оплату номера в гостинице и на приобретение прибора.

Никаких существенных перемен в состоянии больного за истекшие десять лет не произошло. Выяснилось, что, помимо изобретений, он создал и новую философскую систему, которая должна была разбить все основы существующих наук. Он приветлив, ищет беседы с врачом, охотно и увлеченно излагает свои идеи, настойчиво просит создать ему необходимые условия для работы и не клеймит его кличкой «сумасшедший». Несколько вязок в общении, требует выслушивать его, при этом обстоятелен. Себя считает выдающимся человеком. «Исключительность моей натуры, — говорит он, — проявляется главным образом в том, что я своим исключительным путем пришел к таким исключительным результатам». Он сравнивает свою жизнь с жизнью Галилея, Леонардо да Винчи, Ломоносова, считает, что он является не только изобретателем, но и философом-реформатором во многих областях жизни. Критику своих положений он встречает либо высокомерно-иронически, либо озлобленно. Судебное дело он считает не стоящим внимания, несколько не интересуется им. Не проявляя каких-либо нарушений интеллекта, он обнаруживает узкий круг интересов, — ничто, кроме дел, связанных с изобретательством, его не интересует. Он видит множество виновников своих неудач, действующих злонамеренно против него. Исследованием установлено, что испытуемый обладает очень малым запасом знаний, суждения в области интересующих его предметов наивны.

Приведем отрывок из записок, составленных им во время пребывания в институте:

«Следует заметить, что с первых дней своего детского сознания, благодаря особенным причинам, я невольно испытывал какую-то особенность в стремлении избегать тех понятий и поступков окружающих, которые всеми было принято считать обыкновенными, нормальными. Вследствие этого стремления у меня сложились непреклонность и постоянство характера в разрешении законов природы и законов действительной философии. Но только в последнее десятилетие, при помощи всежизненной своей наблюдательности, я пришел к новой и правильной философии».

Комиссией института было установлено, что испытуемый С. страдает хроническим душевным заболеванием и нуждается в больничном содержании.

Случай 2-й. К., 25 лет, обвиняется в поджоге. Обстоятельства преступления таковы. Испытуемый поджег свой сарай, затем ходил вокруг горящего сарая с крестом. Когда же к нему обратились с вопросом, он отбежал в сторону и начал креститься, не понимая происходящего.

Данные о его прошлой жизни свидетельствуют о том, что до 12-летнего возраста он был здоров. С этого времени у него появились припадки. Первый припадок случился, когда он сидел за столом. Он поси-
нел, упал на пол, судорог не было. В следующем году было уже несколько припадков; на третьем году припадки стали часты и сопровождались судорогами. Лечение не облегчило его состояния. 22 лет он был помещен в психиатрическую больницу им. Яковенко, где пробыл полгода. В первое время пребывания в больнице у больного констатированы ясное сознание, угнетенное настроение, речь вязкая, тягучая. Каких-либо психических расстройств (бреда, галлюцинаций и пр.) не было. Спустя десять дней состояние его резко изменилось: он не отвечал на вопросы, мускулатура его была в напряженном состоянии, появилось двигательное беспокойство, поведение стало нелепым, — он, например, пил мочу, куда-то стремился. Это состояние закончилось спустя две недели рядом судорожных припадков. Спутанность сознания появилась снова в следующем месяце.

Через год он совершил кражу вещей у односельчанина, имея при этом сообщников. Сам он стоял на страже. Задержали его с вещами на вокзале. В краже сознался. Экспертиза после стационарного двухмесячного испытания установила следующее. Сознание ясное, ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке; озлоблен, груб с врачами, но хорошо контактирует с другими испытуемыми, склонен к резким эффективным вспышкам. Память достаточная, о своем прошлом рассказывает связно. Галлюцинаций, бреда, расстройств сознания за время испытания, а равно и припадков у него не было.

В связи с тем, что за истекший год состояние его здоровья улучшилось и что преступление было совершено вне какого-либо расстройства сознания, он экспертизой был признан вменяемым.

При поступлении в институт по делу о поджоге в психическом состоянии К. особых перемен не отмечено, он ориентирован, озлоблен, сопротивляется исследованию его врачом, временами дает аффективные вспышки. Интеллект не представляет каких-либо грубых нарушений. Через два месяца после поступления в институт состояние испытуемого внезапно изменилось: он вскочил с постели, смотрел по сторонам неосмысленным, блуждающим взглядом, подбежал к санитару и без всякого повода ударил его по лицу, затем взобрался на окно. Спустя час он успокоился, тихо лежал в постели.

Экспертная комиссия признала, что испытуемый К. страдает эпилепсией со склонностью к эпилептическим эквивалентам. Преступление совершено им во время болезненного состояния, сопровождавшегося изменением сознания, в связи с чем он в отношении совершенного им преступления должен быть признан невменяемым.

Несмотря на различие этих двух категорий дел, юридически они равноценны, если только в обоих случаях будет установлена невменяемость в момент совершения преступления. Применение наказания в этих случаях исключается независимо от дальнейшего состояния исследуемого. Встает только вопрос о назначении мер медицинского характера, на что имеется прямое указание в ст. 11 УК РСФСР и в ст. 322 УПК РСФСР.

Предусмотренные ст. 11 УК РСФСР случаи, когда обвиняемый действовал в состоянии душевного равно-

в е с и я (следовало бы сказать — душевного здоровья), но к моменту вынесения приговора заболел душевной болезнью, распадаются также на две группы.

1) Если психическое заболевание обвиняемого, совершившего преступление в состоянии вменяемости и заболевшего до вынесения приговора, носит временный характер, возможность применения наказания не отпадает; речь может идти лишь о временном перерыве расследования или производства по делу. По выздоровлении обвиняемого, находившегося в этом временном расстройстве душевной деятельности, расследование или производство по делу должно быть возобновлено и наказание, если обвиняемый окажется виновным, должно быть применено, так как остаются в силе все задачи уголовно-правового воздействия на совершившего преступление.

Так же решается вопрос и в том случае, если временное расстройство душевной деятельности наступило уже после вынесения приговора. Обнаруживший признаки такого расстройства направляется на излечение, если это необходимо, а затем отбывает наказание в обычном порядке.

При психиатрической характеристике этих временных расстройств душевной деятельности после совершения преступления чаще всего приходится устанавливать реактивные преходящие состояния. Приводимый ниже случай хорошо иллюстрирует нередко возникающие при этом судебно-психиатрические трудности.

С. получил в своем кругу славу «короля блата». Сам он называл себя еще «профессором блата». Обстоятельства дела установлено, что С. принял на себя функции лица, объединяющего предложение и спрос. Он приобрел знакомства в различных учреждениях, точно знал, где можно достать дефицитные товары, что может в порядке обмена предложить заинтересованная сторона. У С. была целая коллекция удостоверений, бланков. В начале своей карьеры он присвоил себе орден Красного знамени. У него имелись удостоверения красногвардейца, красного партизана, грамота почетного комсомольца, пропуска во все лучшие закрытые кооперативы, в театры, удостоверения на право бесплатного проезда по всем железнодорожным и водным путям с правом входа на паровоз и с правом контроля в пути, на право бесплатного проезда по всем городским железным дорогам и автобусным линиям с правом входа с передней площадки.

Выдавая себя за крупного работника НКВД, он появлялся в военной форме с высшими знаками различия. В других случаях он оперировал удостоверением помощника прокурора Ленинградской области. Однажды в военной форме с ромбом и орденом Красного знамени он появился в Крыму, угрожая руководящим работникам одного из курортов арестом за беспорядки, затем направился в винные склады Массандры, договорился об отправке ему 500 бутылок редких и ценных вин и уехал. 500 бутылок по себестоимости были направлены для него в Москву.

Перед ним, как говорят свидетели, были открыты все двери. «Клиентура» его все росла, дела становились все более запутанными. С. подвергся аресту и был привлечен по закону от 7 августа 1932 г.

С. имел шесть судимостей. Вначале он был привлечен за пользование несколькими не принадлежащими ему продуктовыми карточками. В Инсти-

туте судебной психиатрии до этого он находился два раза, оба раза он обвинялся в мелких мошенничествах (подделка документов, получение двух пенсий, подчистка в сберегательной книжке). Однажды он получил из страхкассы деньги на похороны своей живой матери. По поводу большого ранения, оставившего после себя рубцы на спине и на боку, С. говорит, что это след от взорвавшейся мины. Свидетели же показали, что однажды он нес под мышкой ракеты, которые вспыхнули и обожгли его.

Диагноз института оба раза: «Психопатическая личность типа патологических лгунов и мошенников. Склонен к преувеличению болезненных симптомов. Вменяем».

В третий раз он поступил в институт в связи с описанным делом.

Состояние его остается ровным до комиссии в институте. С того момента, когда ему было объявлено, что он признан вменяемым и будет направлен обратно в место лишения свободы, быстро развивается реактивное состояние. Он тревожен, плачет, непрерывно ищет возможности поговорить с врачом, крайне напряжен, растерян, говорит о том, что его расстреляют, что за ним «приходят, идут». Врача не выслушивает, повторяет одно и то же, топчется в беседе на одном месте, не усваивает того, что ему говорят, умоляет разъяснить ему его положение.

Беседу приходится прерывать вопреки его настойчивым просьбам продолжать ее, — ни до чего договориться невозможно. В отделении он тревожен, плачет, настаивает на вызове к нему врача. В исправительно-трудовом учреждении он остается в таком же положении, заметно худеет, начинает раздирать старые рубцы, образуются большие незаживающие раны. Он не следит за собой, грязен, всему сопротивляется, наконец, перестает отвечать на вопросы. В этом состоянии его возвращают в институт.

Поведение его в институте остается таким же. На вопросы не отвечает, непрерывно ходит взад и вперед на одном участке, что-то неслышно шепчет, иногда бросает гневные взгляды на окружающих. Все время раздирает раны, не вынимая рук из-под рубахи, пальцы почти всегда в крови, физически истощен. Во время ежедневных перевязок, при переводе его из отделения в сад и обратно, при всякой попытке направить его куда-нибудь оказывает сильнейшее сопротивление, изнуряя себя и персонал. В связи с этим в отделении крайне труден. Иногда тихо ругается. Часто во время врачебных обходов следует за врачом по пятам. Нередко подходит к врачу с явным желанием что-то спросить, сказать, но при этом только неразборчиво шепчет. Когда врач уходит, он порывается за ним, хватается за руку, одно-два слова произносит громче, но затем снова начинает шептать что-то неразборчивое. И опять стремится к врачу, следует за ним до выходной двери, пытается с ним выйти, вступает в борьбу с задерживающим его персоналом, тихо ругается, зло оглядывает всех. Эту двойственность (сочетание возбуждений и задержек) он обнаруживает на каждом шагу и по разным поводам. Испытуемый долго находится в таком состоянии. Повторная комиссия приходит, как и в первый раз, к заключению о психопатии, о реактивном состоянии. С. задерживают в институте до улучшения, он возвращается в место лишения свободы через пять месяцев после прибытия. В доме заключения, куда был переведен испытуемый, состояние его медленно улучшалось в связи с тем, что ему было предъявлено обвинительное заключение и некоторые его опасения рассеялись. Его начали втягивать в работу. Вскоре он был выбран старостой, проявлял активность, начал следить за собой. Окончательный перелом можно отчасти связать с тем, что, как ему стало известно, его соучастники были осуждены и приговор не оказался суровым. С. предстал перед судом. Во время судебного заседания испытуемый внешне спокойно давал все необходимые сведения, говорил тихо, дрожание лицевой мускулатуры выдавало внутреннее волнение. Признаков какого-либо психопатического расстройства не обнаруживал. Не было также наблюдавшихся в течение долгого времени назойливости, двойственности. За время процесса испытуемый ни разу не плакал. Ответы на все давал охотно и коротко, в показаниях был искренен, разоблачал себя и других и сам все время подчеркивал, что он говорит правду. Вы-

явилась картина непрерывных кутежей, пьянок. Выяснилось, что многое делал он без особой корысти, из любви к позе, к демонстрации своей силы. Вообще, за время процесса обнаружил вполне удовлетворительную ориентировку и неплохую память, несмотря на обилие материалов, которыми необходимо было оперировать.

2) Если обвиняемый, совершивший преступление в состоянии вменяемости, заболел хронической душевной болезнью до вынесения приговора, применение наказания исключается и встает вопрос о назначении мер медицинского характера (ст. 11 УК РСФСР и ст. 322 УПК РСФСР).

Но возможны случаи, когда обвиняемый, совершивший преступление в состоянии вменяемости, заболевает хронической душевной болезнью после вынесения приговора. Здесь психиатрическая экспертиза решает вопрос о необходимых медицинских мероприятиях в отношении осужденных, заболевших душевной болезнью, что иллюстрируется следующим случаем.

В., 45 лет, присуждена к трем годам лишения свободы по обвинению в краже. В период следствия признаков душевной болезни не обнаруживала. Уже во время отбывания срока наказания она была освидетельствована врачом. В личном деле значится, что она признана была им годной к физическому труду. Спустя два месяца после освидетельствования психическое состояние ее резко меняется. Обращает на себя внимание «непристойное и возмутительное поведение: В. кричит, рвет на себе и на сокамерницах одежду, раздевается догола, пищу выливает на пол и от туда ест, мочится и испражняется, где попало» (из материалов личного дела). В связи с этим ее направляют в институт для экспертизы.

Больная сведений о своей прошлой жизни не дает, ничего не помнит, внушаема и на любой вопрос отвечает утвердительно. Она полагает, что находится в санатории, что приехала в институт лечиться, врача называет фельдшером. Она то здорова, то больна — в зависимости от поставленного вопроса. Высказывает обильный, очень непостоянный, ежедневно сменяющийся абсурдный бред величия. Ей 22 года, сыну 21 год, отец ее имел фабрику, мастерскую, был зажиточным крестьянином, дворянином. У нее у самой тысячи рублей золота, сын является наследником ее богатств. Она вовсе не находится под арестом и кражи не совершала, а наоборот, у нее украли 3000 рублей. Критическое отношение к своим словам отсутствует.

Формальные стороны интеллекта резко снижены, запас общих сведений очень скуден, запоминание крайне ослаблено: она забывает почти мгновенно то, о чем ее спрашивают, что предлагают запомнить. Почерк нарушен, выпадений настолько много, что трудно догадаться о содержании написанного, она пропускает целые слова, сливает несколько слов в одно. Вместо «Прасковья» пишет «Пасинова», вместо «хороший» — «хо» и т. д. Слабоумие носит глубокий, разлитой характер. Эмоционально больная неустойчива, обычно пребывает в приподнятом, веселом настроении, легко при этом начинает плакать. В палате она чрезвычайно неопрятна, за собой не следит, подчиняется вместе с тем всему, что ей предлагают сделать, но сейчас же об этом забывает. Добродушна и бестолкова. Иногда возбуждается, рвет белье, бегаёт голая по палате, громко поет, цинична, разговаривает сама с собой, агрессивности не проявляет. Спустя короткое время после прибытия в Институт заявляет, что у нее 1000 детей. На вопрос о том, когда же она успела родить такую армию детей, отвечает, что рождает пять раз в неделю, по шесть детей сразу. Больная смеется и болтает без умолку, перескакивает с одного на другое. Говорит, что она может в любой момент надеть одно из своих платьев, которых у нее 10 тысяч.

Больная очень мала ростом, резко непропорционального сложения (маленький череп, асимметричное лицо, приросшие ушные мочки, нижняя челюсть выдается и т. п.). Лицо морщинистое, кожа дряблая. Зрачки неправильной формы, реакция их на свет очень вялая, правый лицевой нерв перетягивает, язык при высовывании отклоняется влево. Сухожильные рефлексы живые. Речь дизартрична, скороговорки не удаются.

Анализ крови дал резко положительную реакцию Вассермана на сифилис. Добыть спинномозговую жидкость не удалось: больная изворачивалась, отчаянно сопротивлялась.

Комиссией признано, что В. страдает хроническим душевным заболеванием в форме прогрессивного паралича. Как душевнобольная, отбывать заключение не может и нуждается в переводе в психиатрическую больницу для лечения.

В каких же случаях и по какому поводу у следователя или у суда может возникнуть сомнение в психическом состоянии обвиняемого? Практика показывает, что здесь мы чаще всего встречаемся со следующими моментами.

Ненормальность поведения последственного может броситься в глаза при его допросе, по материалам следствия (показания свидетелей и т. п.) и по данным, полученным из места заключения, где он содержится. Эта ненормальность поведения может носить самый разнообразный характер, в зависимости от форм психических заболеваний, рассмотренных в главах специальной части учебника.

Основанием к сомнению в психическом состоянии обвиняемого могут являться также отсутствие достаточно понятных мотивов преступления или в некоторых случаях ничем не объяснимая жестокость при совершении преступления.

В качестве иллюстрации могут служить следующие случаи:

Случай 1-й. К., инженер, 62 лет, обвиняется в убийстве жены и двух дочерей¹. На предварительном следствии как на мотив убийства К. указал на опасение за будущее близких в связи с тяжелым материальным положением семьи. Между тем стоимость имевшегося у него имущества, по определению судебно-следственных органов, давала возможность семье К. независимо от его заработка существовать в течение 1½—2 лет. Это обстоятельство, а также чрезмерная жестокость убийства и послужили поводом к направлению К. на экспертизу в институт.

По данным анамнеза К. с молодых лет мелочный, аккуратный, резонер, убежденный в своей доброте, справедливости и умственном превосходстве, трудолюбивый созидатель собственного благополучия, эгоист. Еще студентом К. составил себе программу жизни, следуя которой надеялся создать себе прочное положение. Программа была намечена на 100 лет. На жизнь всегда смотрел серьезно: чувствовал страх перед ней. В беседах с товарищами неоднократно развивал мысль, что не жить лучше, чем жить. 41 года женился на 19-летней девушке. В 42 года, во время крушения поезда, получил ушиб головы и несколько часов был в бессознательном состоянии. Незадолго до войны начал страдать головными болями, головокружениями и раздражительностью. В 58 лет перенес сыпной тиф, а через 8 месяцев после тифа получил инсульт с последующей афазией

¹ Случай опубликован проф. Введенским.

и левосторонним параличом. Месяца через четыре вернулся на службу в Народный комиссариат путей сообщения, проработал после этого три года и затем был уволен по сокращению штатов. После сокращения — постепенное нарастание идей ущерба и обнищания. К. ведет непрерывные разговоры с домашними о том, что надо сообща покончить жизнь самоубийством, так как будущее беспросветно. Неопределенные ответы жены истолковывает как согласие.

Через месяц после увольнения душевное состояние К. становится особенно мучительным. В день убийства семьи К. с утра чувствовал небывалую тоску. Вечером, укладываясь спать, жена собрала лежавшие на полу два топора и колун и подала их К. Он понял это, как знак приступить к действиям. Несколько раз он со страшными колебаниями подходил к кровати, где спала жена с младшей дочерью. Внутренний голос удерживал его, а другой, внешний, побуждал его действовать. Наконец, он нанес удар топором жене или дочери, точно не помнит. Дальнейшее рисуется ему туманно. Вспоминает, что бегал к столу за ножом, так как рубить топором было неудобно. Не успел К. отойти от кровати, как пришла старшая дочь и спросила: «Как мама?». К. пропустил ее вперед и сзади ударил колуном. Чем он действовал дальше, не помнит. Прикрыв тело дочери одеялом, стал искать нож, чтобы покончить с собой, но не нашел его. Почувствовал большую слабость, лег и в оцепенении пролежал до утра. Утром, захватив два мешка, наполненных множеством вещей домашнего обихода, явился в милицию и заявил о содеянном.

При судебно-медицинском вскрытии трупов у всех найдены значительные повреждения черепа, нанесенные тяжелым острым оружием, и глубокие раны шеи, проникающие до позвоночника.

В институте у К. найдено следующее. Сердце увеличено влево, тоны сердца глухие. Радиальные артерии жестковаты. Зрачки сужены, на свет реагируют вяло. Дрожание языка и пальцев рук. Ослабление силы правой руки и ноги. Коленные рефлексy повышены. Положительный Ромберг. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психическое состояние К.: он малоподвижен, вял, монотонно и обстоятельно излагает свое жизнеописание и тяжелые подробности убийства; жалуется на тяжелое душевное состояние. Жалеет семью и боится за свое будущее. Часто проверяет правильность своего поступка и каждый раз приходит к выводу, что поступил правильно. Мыслей самообвинения не высказывает. К концу пребывания в институте все реже вспоминает убитых и больше заботится о собственной участи. Память у К. ослаблена. Способность критически оценивать происшедшее и понимание ситуации расстроены. Интеллект нарушен. Экспертизой признан душевнобольным, страдающим старческим слабоумием и неумеваемым.

Случай 2-й. П., 38 лет, обвиняется в убийстве проф. В.¹ Ввиду неясности мотивов убийства направлен следователем на испытание в институт.

При исследовании в институте установлено следующее. В наследственности душевная болезнь у бабки по матери и дяди по отцу. Больной родился в бывшей Черниговской губернии в семье богатого крестьянина. До 12 лет жил в деревне. В школу пошел 8 лет. Был первым учеником. Особенно легко давалась математика. 16 лет поступил на железную дорогу телеграфистом. Одновременно самостоятельно сдал экзамен на сельского учителя. С год работал учителем. В этот период он начал пить и скоро из-за пьянства должен был оставить службу. В течение четырех лет жил у отца, постоянной службы не имел. Вел легкомысленный образ жизни, много пил, 22 лет женился на бедной крестьянской девушке, ниже себя по культурному уровню, и поступил опять телеграфистом на железную дорогу. С женой жил плохо, часто ссорился. В материальном отношении устроился хорошо. Кроме службы, вел крестьянское хозяйство. По характеру был веселым, общительным. Был мнителен в отношении своего здоровья. Отличался повышенной сексуальностью.

¹ Случай описан проф. Бунеевым.

37 раз в течение трех недель у больного наблюдалось депрессивно-раздражительное состояние, которое бесследно прошло. За год до совершения преступления больной заметно для жены изменился: стал задумчив, грустил, был вялым. На расспросы жены отвечал: «Меня сгубила женщина, и я стал импотентом». Сам П. рассказывает, что у него, когда ему было 36 лет, была связь с замужней женщиной, о которой ходили недобрые слухи.

Спустя некоторое время он стал замечать, что под влиянием предупреждающих от беременности средств, которые применяла эта женщина, у него появилась половая слабость. Ряд возникших у него ощущений (боль в области крестца, слабость в ногах) он связывал с действием какого-то медицинского средства, проникающего в его организм в результате этих предохранительных мер («красные шарики», как он их называет). Больной находился в крайне угнетенном состоянии. Через год после этой связи он поехал в Москву лечиться. Считая свое заболевание нервным, он обратился сначала к одному профессору, но тот заявил ему, что он здоров. Тогда больной отправился к проф. В., о котором слышал как о хорошем урологе. В., осмотрев его, якобы сказал: «Все прекрасно сохранено, вам вложены лучшие половые способности, не волнуйтесь, вы будете здоровы». Он назначил больному какие-то порошки, клизму и электризацию. Лечение дало блестящие результаты. Через две недели П. в самом радужном настроении вернулся домой. Однако в декабре возвратились признаки половой слабости, и больной вновь поехал к проф. В., который стал лечить его прижиганиями. На этот раз лечение вызвало ухудшение состояния, и больной возвратился домой с болями в крестце, в ногах и с общей слабостью. В таком состоянии он находился год, после чего он в третий раз поехал в Москву лечиться. После одного из прижиганий, которое было очень болезненным, в состоянии больного наступило резкое ухудшение. Он так излагает свое состояние: «В простате жгло в течение трех дней, жгло, как будто от гангрены. Когда боль утихла, меня стало дергать, появилась исключительная слабость; голова опускалась, казалось, что я проваливаюсь в какую-то пропасть; речь была затруднена. Я открыл окно и лег на кровать; мне казалось, что я умираю. Я начал думать, искать причину своего тяжелого состояния, и вдруг мысль, как молния, прорезала мой мозг: да ведь это же сделал проф. В. Мне стало ясно, все понятно: «Так это он фабрикует красные шарики и через женщин делает мужчин импотентами, калечит их». И я решил жестоко отомстить ему за это. Я встал, пошел и убил его». Больной убил проф. В. несколькими ударами ножа, явившись к нему на прием. Наносил удары с сильной злобой. Вспоминает о происшедшем несколько туманно.

В институте мрачен, депрессивен. Аффективность тяжелая, напряженная. Всецело поглощен своими переживаниями, связанными с болезнью. Со злобой говорит о проф. В. Считает его великим человеком, но садистом. Это он, по мнению больного, фабриковал «красные шарики» и калечил мужчин, увеличивая круг своих пациентов не то для эксперимента, не то из корыстных целей. Он делал промывание больному каким-то красным раствором. Он искалечил его, изменив посредством насечек кровообращение в простате и тем вызвав ее атрофию. Эта была месть за то, что больной первый проник в тайну «красных шариков». В этом смысле П. истолковывает каждую фразу убитого. Постоянно требует уролога. Вызванный в суд, стоя на коленях, умолял поверить ему. Думает о самоубийстве. Галлюцинаций нет.

Со стороны физической: атлетическое телосложение, питание понижено, сердце расширено. Со стороны нервной системы — повышение коленных рефлексов. Со стороны мочеполовых органов специалистом констатирована незначительная атрофия предстательной железы.

Диагноз института — шизофрения, невменяем.

После института больной находился в больнице им. Кащенко и в лечебнице им. Соловьева, где наблюдалось нарастание ипохондрического бреда.

В приведенных случаях никаких подозрений на душевное заболевание до совершения преступления не было. Причиной направления на экспертизу явилась недостаточная мотивированность и чрезвычайная жестокость преступления. Клиническое исследование показало, что в обоих случаях обвиняемые оказались ясно выраженными душевнобольными и совершили преступление под влиянием бредовых идей (бред обнищания у К. и бред физического воздействия у П.).

Не надо, однако, думать, что чрезмерная жестокость преступления непременно указывает на наличие душевного расстройства, исключая вменяемость. Практика института показывает, что бывают случаи, когда направленные на экспертизу по вышеуказанным соображениям после стационарного испытания признавались вменяемыми.

К., 28 лет, обвиняется в том, что, стремясь избавиться от уплаты алиментов, он вернулся к жене, с которой до этого разошелся, с целью умертвить своего двухлетнего сына. Для этого он в разное время вкалывал ему в голову, в область сердца и в живот длинные иглы.

Вколов иглу, он приподнимал кожу и затем отпускал ее, в результате чего на месте вхождения иглы исчезали всякие следы. Ребенок был все время беспокоен, отмечались ненормальности в его поведении, он начал без понятных для окружающих причин чахнуть и вскоре умер бы. Однако, не дождавшись этого, К. обварил его кипятком, создав такую обстановку, будто ребенок обварился сам. В больнице, где ребенок умер, было произведено вскрытие. Большая часть игл была воткнута в голову. Одна игла проникла в сердечную сумку.

Направление на экспертизу следователь мотивировал так: «Хотя в обстоятельствах этого дела не имеется никаких указаний на то, чтобы К. страдал какими-либо отклонениями в его психике, тем не менее особая жестокость, проявленная им в умерщвлении его ребенка, зарождает некоторые сомнения в отношении его психики и делает необходимым всестороннее его исследование».

В институте установлено следующее:

Отец и мать — алкоголики, брат страдал судорожными припадками. Испытуемый развивался правильно, учился удовлетворительно. Половая жизнь с 18 лет. До женитьбы усиленная мастурбация. Характер свой считает тяжелым. В состоянии опьянения скандалит. Во время гневных вспышек агрессивен. Обиду помнит долго, мстителен. О преступлении своем говорит неохотно, замыкается, не сообщает никаких подробностей, говорит, что не помнит, куда вводил иглы: «не знаю, зачем пихал их туда», «хотел, чтобы помер».

Жена испытуемого сообщает, что он не проявлял в отношении ребенка ни малейшей строгости, протестовал, если она была груба с ребенком. Часто играл с ним, дарил ему конфеты, яблоки, игрушки, покупал ему платье. Она не может поверить в то, что он совершил столь тяжкое преступление.

Физическое состояние: лицо асимметрично, левая носогубная складка обозначена резче; мышечный валик выражен хорошо; рефлексy со стороны зрачков и сухожильные рефлексy живые.

Психическое состояние: сознание ясное, ориентировка в своем положении не нарушена, испытуемый в институте вял, малоподвижен (по сведениям жены, он дома был весел и общителен); отвечает охотно. Настроение подавленное, тоскливое. Просит дать ему чего-нибудь выпить, чтобы отравиться. На вопрос, жалеет ли ребенка, отвечает: «Его нет, чего уже тут жалеть». Часто говорит о своей тоске. Угрожает, что в тюрьме покончит с собой. Бредовых идей, галлюцинаций нет.

Экспертная комиссия института признала, что испытуемый душевной болезнью не страдает, а является психопатической личностью с эпилептоидными чертами характера. В отношении преступления, совершенного им вне какого-либо душевного расстройства, он признан вменяемым.

Но чаще всего перед судебно-следственными работниками встает вопрос о необходимости направления на экспертизу, когда обвиняемый в прошлом лечился в психиатрических больницах, находился на учете у районного психиатра и т. п. В таких случаях целесообразно проверить психическое состояние обвиняемого.

Наше законодательство предоставляет судебно-следственным органам право вызывать для психиатрической экспертизы не только одного психиатра, но и двух, трех и более (ст. 169 УПК РСФСР) или же производить экспертизу в специальных комиссиях из врачей-психиатров для дачи заключения о психическом состоянии обвиняемого (ст. ст. 172 и 173 УПК РСФСР). Помимо права вызова психиатра непосредственно в камеру следователя или в суд и посылки обвиняемых на амбулаторную экспертизу, наше законодательство предоставляет судебно-следственным органам право направлять обвиняемых на стационарную экспертизу в специальные учреждения — институты и клиники судебной психиатрии, а где их нет — в психиатрические больницы (ст. 203 УПК РСФСР).

Таким образом, различаются следующие виды судебно-психиатрической экспертизы: 1) экспертиза в камере следователя, 2) амбулаторная экспертиза, 3) стационарная экспертиза, 4) экспертиза на суде, 5) заочная экспертиза.

Инструкция «О производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР», утвержденная 17 февраля 1940 г. Наркомздравом СССР, Наркомюстом СССР, Наркомвнуделом СССР и Прокурором СССР, с исчерпывающей полнотой дает указания, как должна производиться в СССР судебно-психиатрическая экспертиза всех видов.

§ 2. Виды судебно-психиатрической экспертизы

1. Экспертиза в камере следователя

Экспертиза в камере следователя является как бы первым этапом в психиатрической экспертизе. Очень часто за этим первым этапом следуют и дальнейшие — стационарная экспертиза и экспертиза на суде. Этот вид экспертизы предусмотрен в ст. 162 УПК РСФСР, которая указывает, что «эксперты допрашиваются на месте производства следствия, для чего вызываются к следователю», и инструкцией от 17 февраля 1940 г.

В отдельных случаях экспертиза заканчивается на этом первом этапе, особенно тогда, когда эксперту совершенно ясно, что обвиняемый — психически больной. Если же у эксперта

является
обычно об
В некотор
мого на
также не
ких врач

Амбул
раля 1940
экспертиз
экспертиз
тем, что
помещать
образом
торной э
чение о
кратного
предварит
нара. Э
экспертиз
квалиф
подготов
латорной
ность по
дований
Поэтому
ключени
ствии у
ставляет
ной ком
эксперти
лечились
дятся н
нием дл
Для
ошибок
объекти
боты, с
ознаком

Из
сии Инс
хиатра;
лись на
сию в 1
ших ам
у району

является сомнение в психическом состоянии обвиняемого, то обычно обвиняемый посылается на стационарную экспертизу. В некоторых случаях целесообразнее бывает посылать обвиняемого на амбулаторную экспертизу, где заключение дается также не одним врачом, а специальной комиссией из нескольких врачей-психиатров.

2. Амбулаторная экспертиза

Амбулаторная экспертиза, согласно инструкции от 17 февраля 1940 г., должна производиться комиссией. Амбулаторная экспертиза занимает важное место в судебно-психиатрической экспертизе, она удобна тем, что заключение дается тут же, и тем, что экспертизу могут пройти лица, которых нет основания помещать в больницу. Амбулаторная экспертиза существенным образом отличается от экспертизы стационарной. При амбулаторной экспертизе комиссии врачей приходится давать заключение о психическом состоянии испытуемого лишь после однократного и краткого исследования испытуемого без данных предварительного наблюдения, возможных в условиях стационара. Это обстоятельство делает работу при амбулаторной экспертизе особенно трудной. Она требует наличия высококвалифицированных экспертов, тщательной предварительной подготовки по собиранию объективного материала. При амбулаторной экспертизе, как правило, исключается также возможность пользования рядом необходимых дополнительных исследований (исследование крови, спинномозговой жидкости и т. п.). Поэтому амбулаторным путем врачи-психиатры могут дать заключение в том случае, когда вопрос о наличии или отсутствии у испытуемого душевного заболевания для них не представляется спорным. Согласно данным амбулаторной экспертной комиссии Института им. Сербского, на амбулаторную экспертизу посылаются обвиняемые, из которых многие или лечились в прошлом в психиатрических больницах, или находятся на учете у районных психиатров, что и служит основанием для посылки их на экспертизу¹.

Для устранения возможных при амбулаторной экспертизе ошибок необходимо до производства самой экспертизы собрать объективные данные об испытуемом от родных, с места работы, от лечебных учреждений, где он лечился, тщательно ознакомиться с уголовным делом, в некоторых случаях необ-

¹ Из лиц, прошедших в 1935 г. через амбулаторные экспертные комиссии Института им. Сербского, 72% находились на учете районного психиатра; из прошедших амбулаторную экспертизу в 1937 г. 64,8% находились на учете районного психиатра; из прошедших амбулаторную комиссию в 1940 г. 51% находился на учете районного психиатра; из прошедших амбулаторную экспертизу в 1944 г. 54,9% находились на учете у районного психиатра.

ходимо произвести предварительные биохимические исследования.

И все же однократное обследование в амбулатории не всегда гарантирует от ошибок в экспертизе, и потому во всех сомнительных для психиатра случаях необходимо направление на стационарную экспертизу.

Приводим два случая амбулаторной экспертизы.

Экспертиза испытуемой К. иллюстрирует случай, когда для амбулаторной комиссии очевидно наличие душевного заболевания, а экспертиза испытуемого М. иллюстрирует случай, когда амбулаторно вопрос о вменяемости решить нельзя, а необходимо испытуемого направить на стационар для производства лабораторных и клинических исследований.

Случай 1-й. Испытуемая К., 38 лет, обвиняется в хулиганстве. Направлена на экспертизу в связи с поведением в отделении милиции, вызвавшим сомнение в ее психическом здоровье (во время задержания пыталась выхватить из кобуры у милиционера наган). Испытуемая росла и развивалась нормально, успешно окончила гимназию. 24 лет поступила в вуз, по окончании которого работала по специальности (инженером) в Научно-исследовательском институте. С работой справлялась. Впервые заболела 31 года. Почувствовала переутомление, в связи с чем обратилась к врачу по внутренним болезням, который направил ее к психиатру. Вскоре после этого впервые поступила в психиатрическую больницу (санаторий «Сокольники»). В то время высказывала бредовые идеи преследования и воздействия. Считала, что к пище примешивали «мозговое начало годных для распыления людей». В связи с этим отказывалась от пищи, кормилась искусственно при помощи зонда. Отмечались слуховые галлюцинации. Пробыла в санатории около года. По выписке из санатория к работе больше не возвращалась; помещалась периодически в психиатрические больницы с диагнозом — шизофрения. В последний раз находилась в Первой городской психиатрической больнице с ноября по декабрь 1937 г., когда была взята братом в отпуск и не вернулась.

Психическое состояние: испытуемая охотно вступает в беседу, держится спокойно и несколько безразлично. К своему судебному делу интереса не проявляет. Почти все ее высказывания заполнены бредовыми идеями, непоследовательны, вычурны. Временами наблюдается разорванность речи. Испытуемая считает, что она включена в «единую систему психоза» и поэтому постоянно содержится в психиатрических больницах. Говорит, что в психиатрических больницах «одновременно с зелеными насаждениями устроены случные пункты для лиц, ответственных за систему психоза, а также для лиц, стоящих с ними на единой платформе дружбы». Неожиданно заявляет, вне связи с предыдущей темой, что беременным женщинам сажают в живот кричащих кошек и собак. Испытуемая отказывается отвечать на вопросы, имеющие целью исследовать ее способность к счету и памяти. Свой отказ она мотивирует тем, что не хочет быть «штрейкбрехером и производить счетные вычисления, подготавливая себя этим к трудовой деятельности, в то время как ее товарищи находятся в психиатрических больницах».

Комиссия признала, что К. страдает душевным заболеванием в форме шизофрении, с явлениями слабоумия. Правонарушение совершено в период выраженной хронической душевной болезни, почему она должна считаться невменяемой. По своему состоянию подлежит направлению в психиатрическую больницу на принудительное лечение.

Случай 2-й. Испытуемый М., 38 лет, обвиняется в том, что систематически устраивал скандалы, избивал жену, выгонял ее из дому (ст. 74, п. 2 УК). При задержании оказал сопротивление.

На суде испытуемый заявил, что он страдает психическим заболеванием и просил направить его на экспертизу.

Из истории личности испытуемого известно, что впервые он заболел 30 лет. Появились боли в конечностях, головные боли, стал раздражительным, в связи с чем были конфликты на работе. Через некоторое время развился непродолжительный паралич правой руки. Испытуемый обратился к врачу, и при исследовании была установлена положительная реакция на сифилис в крови (реакция Вассермана + + + +).

Сам испытуемый категорически отрицает факт заражения сифилисом. При исследовании на амбулаторной комиссии испытуемый жаловался на рассеянность, сведения о себе сообщает недостаточно последовательно, путает даты, медленно ориентировался в задаваемых ему вопросах. Со стороны эмоциональной сферы отмечается слабодушие. Испытуемый легко плачет.

При исследовании неврологической сферы были обнаружены признаки органического поражения центральной нервной системы. Неравномерность зрачков, вялая реакция зрачков на свет.

Ввиду наличия признаков органического поражения центральной нервной системы как со стороны психической сферы, так и неврологической, а также ввиду указаний на сифилис в прошлом, комиссия вынесла заключение о направлении испытуемого на стационарное испытание. Стационарное испытание должно было установить точную природу этого заболевания, для чего необходимо было произвести соответствующие лабораторные и клинические анализы. При стационарном испытании в институте у испытуемого были взяты на исследование кровь и спинномозговая жидкость. Как в крови, так и в спинномозговой жидкости реакция Вассермана на сифилис оказалась резко положительной (+ + + +), кроме того в спинномозговой жидкости были обнаружены изменения, характерные для определенного вида органического заболевания — прогрессивного паралича помешанных (так называемая паралитическая кривая при реакции Ланге). Таким образом, производство этих исследований, возможное только в условиях стационарной экспертизы, а также дальнейшее наблюдение психического состояния испытуемого дали возможность точно диагностировать душевное заболевание — прогрессивный паралич. Испытуемый был признан невменяемым и направлен на лечение в психиатрическую больницу.

3. Стационарная экспертиза

Стационарная психиатрическая экспертиза обеспечивает возможность наиболее правильных и обоснованных судебно-психиатрических заключений. Обычно стационарная экспертиза назначается в тех случаях, когда психиатр-эксперт затрудняется дать заключение о психическом состоянии испытуемого после однократного его обследования.

Для обоснования заключения в таких случаях требуется определенное и длительное наблюдение за поведением испытуемого, что осуществляется при стационарной экспертизе в специальном медицинском учреждении.

При стационарной экспертизе испытуемые находятся под наблюдением врачей, среднего и младшего медперсонала. В дневнике судебно-психиатрической истории болезни ежедневно отмечаются изменения в поведении испытуемого, течение заболевания, элементы аггравации, целевого поведения, учитываются его взаимоотношения с другими испытуемыми, его поведение при свидании с родственниками, на работе

в мастерских, его отношение к судебному делу, его реакция на прохождение экспертной комиссии и т. п. Особое внимание в дневниках обращается на описание характера припадков, преходящих состояний, состояния возбуждения и т. п. В дневник заносятся материалы и сведения об испытуемом, получаемые не только по наблюдениям самого ведущего врача, но и по наблюдениям среднего и младшего дежурного персонала. При стационарном обследовании производятся биохимические, рентгеноскопические, психологические и другие специальные исследования. Кроме того, при стационарной экспертизе врач опрашивает родственников (с разрешения следователя) и собирает другие объективные сведения, характеризующие состояние испытуемого.

При такой экспертизе выводы о психическом состоянии обвиняемого делаются врачами лишь после более или менее продолжительного наблюдения за ним.

Стационарная экспертиза предусмотрена ст. 203 УПК РСФСР, где указывается, что производящий расследование преступления «вправе вынести постановление о помещении подследственного в соответствующее лечебное заведение для установления его болезни», а также инструкцией «О производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР» от 17 февраля 1940 года. О возможности помещения на стационарную экспертизу в специальное медицинское учреждение осужденных для установления их психического состояния указывает ст. 457 УПК РСФСР.

Еще до издания первого советского Уголовно-процессуального кодекса (1923 г.) посылка на стационарную экспертизу была предусмотрена в Положении о психиатрической экспертизе, утвержденном Наркомздравом РСФСР 8 мая 1919 г., где в примечании 1 к п. «г» § 2 указывалось: «На основании заключения врачей-экспертов, подозреваемые в расстройстве умственных способностей помещаются, в случае надобности, в специальные лечебные заведения для испытания».

Указание на стационарную психиатрическую экспертизу вводится в первый советский Уголовно-процессуальный кодекс (1923 г.), где в ст. 199 сказано: «Суд в распорядительном заседании, признав, что имеющиеся в деле данные недостаточны для суждения о психическом состоянии обвиняемого, может вынести определение о помещении обвиняемого для наблюдения в соответствующее лечебное заведение, о чем соответствующее ходатайство может быть возбуждено и следователем».

В действующем УПК РСФСР (ст. 203) право помещения на стационарную экспертизу дается уже не только суду, но и самим следственным органам.

УПК РСФСР как в редакции 1923 г., так и в ныне действующей, указывая о направлении на стационарную экспертизу, говорит о «соответствующем лечебном учреждении». То

же предусматривалось и в инструкции «Об организации психиатрического надзора в местах заключения», утвержденной Наркомюстом, Наркомздравом, Наркомвнуделом и ВЧК 27 июля 1921 г.; § 3 этой инструкции прямо указывалось: «Для содержания испытуемых и психически больных заключенных, выяснения характера заболевания первых и дальнейшей судьбы вторых организуются психиатрические отделения при тюремных больницах или, при отсутствии таковых, соответствующие отделения при губернских психиатрических больницах».

Уже в 1921 г. предусматривалась организация специальных отделений для производства психиатрической экспертизы, а в 1924 г. Наркомздрав, Наркомюст и Наркомвнудел издали правила содержания душевнобольных и испытуемых в специальных институтах судебно-психиатрической экспертизы. В § 1 этих правил указывается основное назначение этих институтов — «испытание обвиняемых, числящихся за судебно-следственными органами, а также и лишенных свободы, отбывающих назначенное им по суду наказание».

В практике осуществления стационарной экспертизы до сих пор имеется большое разнообразие. В подавляющем большинстве мест такая экспертиза осуществляется в обычных городских психиатрических больницах, очень редко — в специальных отделениях этих больниц, и еще реже испытание производится в специальных учреждениях — институтах или судебно-психиатрических клиниках.

Отсутствие организационного единства в проведении и осуществлении стационарной психиатрической экспертизы не может, конечно, не отражаться отрицательно и на практике работы наших судебно-следственных органов в тех случаях, когда им приходится прибегать к такой экспертизе. Это делает актуальным вопрос об организации для проведения стационарной экспертизы обвиняемых и осужденных судебно-психиатрических отделений при психиатрических больницах, центральных тюремных больницах, а также судебно-психиатрических клиник, о чем вынесло соответствующее постановление и I всесоюзное совещание по вопросам судебной психиатрии, состоявшееся в декабре 1936 г.

Обвиняемые, нуждающиеся в стационарной психиатрической экспертизе, должны помещаться в специальные психиатрические учреждения. Не случайно в ст. 203 УПК РСФСР указывается на помещение подсудимых на экспертизу в соответствующие лечебные учреждения. Вышеупомянутая инструкция от 17 февраля 1940 г. предусматривает для производства стационарной судебно-психиатрической экспертизы организацию специальных отделений при психиатрических больницах, а в приказе по Народному комиссариату

здравоохранения СССР от 13 мая 1940 г. за № 235 точно указано, где в первую очередь судебно-психиатрические отделения должны быть организованы.

Суд или следователь, за которым числится обвиняемый, заинтересован в том, чтобы обвиняемый, будучи помещен на стационарную экспертизу, не имел возможности скрываться от суда или следствия, что прежде всего касается тех обвиняемых, к которым в качестве меры пресечения применено лишение свободы. Суд и следствие заинтересованы также и в изоляции обвиняемого от лиц, окружавших его до совершения им преступления, чтобы сношения его с этими лицами не могли отрицательно повлиять на ход расследования дела. Иногда необходимо изолировать испытуемого и от других больных, чтобы он не мог через них общаться с внешним миром. Следовательно, судебные и следственные органы заинтересованы в том, чтобы была обеспечена достаточная изоляция обвиняемого при посылке его на стационарную экспертизу.

На стационарную экспертизу, наряду с подсудимыми, направляются и осужденные в тех случаях, когда психическое заболевание не было замечено в стадии предварительного следствия, далее, когда скрытая форма душевной болезни обострилась во время пребывания в месте заключения, и наконец, когда в связи с заключением развилось реактивное состояние. В отношении этих категорий требуется стационарное наблюдение для решения вопроса о необходимости перевода их в психиатрическую больницу для принудительного лечения. Для этой группы больных также должны быть обеспечены условия, гарантирующие их изоляцию. Постановка наблюдения в таких стационарах должна быть построена по определенному типу, так, чтобы эксперт мог обеспечить всестороннее клиническое наблюдение, получить объективные данные о больном и необходимые сведения для заключения о вменяемости или невменяемости, тем более, что случаи аггравации, симуляции и т. п. среди испытуемых — нередкое явление.

Проведение судебно-психиатрической экспертизы в общих психиатрических учреждениях не гарантирует ни правильного ведения следствия, ни получения необходимого для экспертизы наблюдения и материала об испытуемом, ни специализации врачей в области судебно-психиатрической экспертизы. Настоятельно необходимо, чтобы в общих психиатрических больницах, где проводится экспертиза следственных и осужденных, были организованы специальные экспертные судебно-психиатрические отделения с одним-двумя врачами, которые специализировались бы в области судебной психиатрии.

Наблюдение и испытание подэкспертных в стационаре не только не исключают, а наоборот, предполагают одновременно и лечение тех из них, которые в нем нуждаются. В этом от-

ношении ста
ных клиниче

Срок сод
струкции от
В случае не
ная комиссия
ние. Практи
что обычно
случаях наб
или, наоборо
чение о пси
специальной
должен выс
наре. Заклю
и вменяемос
закон¹, офо

Акт сост
исследования
дела, сведе
о перенесен

Акт дол
ния на врем
ной комисси
краткое сод
ловного код
и по каком
ного; 3) по
и психическ
и данных ст
чительной ч

В заклю
тами на в
вопросы и
вое имеется
в момент
и связанное
а также у
ношении ли

Стациона
дает возмо
Время н
зачитываетс
если на ст
читывается
РСФСР).

¹ Статья
суальных код
этому поводу

3 Судебна

ношении стационар не должен чем-либо отличаться от обычных клинических психиатрических отделений.

Срок содержания испытуемого в стационаре, согласно инструкции от 17 февраля 1940 г., не должен превышать 30 дней. В случае необходимости продления срока испытания экспертная комиссия выносит по этому поводу мотивированное решение. Практика работы Института им. Сербского показывает, что обычно этот срок равен одному месяцу, а в отдельных случаях наблюдение может продолжаться и меньше месяца или, наоборот, быть более длительным. Окончательное заключение о психическом состоянии испытуемого должно даваться специальной комиссией из врачей-экспертов, где докладчиком должен выступать врач, наблюдавший испытуемого в стационаре. Заключение комиссии врачей о психическом состоянии и вменяемости испытуемого обязательно, как этого требует закон¹, оформляется в виде акта экспертизы.

Акт составляется на основании данных психиатрического исследования испытуемого, изучения материалов уголовного дела, сведений из прошлой жизни испытуемого и справок о перенесенных в прошлом заболеваниях.

Акт должен состоять из: 1) введения, содержащего указания на время и место производства экспертизы, состав экспертной комиссии, фамилию, имя, отчество и возраст испытуемого, краткое содержание уголовного дела с указанием статьи Уголовного кодекса, кем направлен испытуемый на экспертизу и по какому поводу; 2) анамнеза субъективного и объективного; 3) подробного описания физического, неврологического и психического состояния испытуемого в период экспертизы и данных специальных лабораторных исследований и 4) заключительной части.

В заключительной части акта необходимо, наряду с ответами на все поставленные судебно-следственными органами вопросы и с диагнозом психического заболевания, если таковое имеется, дать оценку психического состояния испытуемого в момент совершения преступления и в период испытания и связанное с этим заключение по вопросу о вменяемости, а также указать, какие необходимы медицинские меры в отношении лиц, признанных душевнобольными.

Стационарная экспертиза с наибольшей достоверностью дает возможность решить вопрос о вменяемости обвиняемого.

Время нахождения обвиняемого на стационарной экспертизе зачитывается ему в срок предварительного заключения или же, если на стационарной экспертизе находится осужденный, зачитывается в срок отбываемого им наказания (ст. 457 УПК РСФСР).

¹ Статья 298 УПК РСФСР и соответствующие статьи уголовно-процессуальных кодексов других союзных республик. Подробные указания по этому поводу см. в инструкции от 17 февраля 1940 года.

4. Экспертиза на суде

Судебно-психиатрическая экспертиза может быть назначена и в стадии судебного следствия. Психиатрическая экспертиза во время судебного следствия имеет свои особенности, отличающие ее от описанных видов экспертизы. Эта экспертиза назначается, во-первых, когда до судебного заседания обвиняемый экспертизе не подвергался и экспертиза на суде производится, таким образом, впервые, и, во-вторых, когда до судебного заседания обвиняемый проходил амбулаторную или даже стационарную экспертизу.

В тех случаях, когда обвиняемый до суда не подвергался экспертизе, экспертиза назначается по следующим мотивам:

а) ни у органов расследования, ни у суда до судебного заседания не возникало сомнения в психическом состоянии обвиняемого, а такое сомнение возникло лишь в стадии судебного разбирательства;

б) сомнение в психическом состоянии обвиняемого возникает у защиты, которая может возбудить ходатайство о назначении экспертизы лишь по окончании предварительного следствия, так как защита по УПК в стадии предварительного следствия не допускается¹.

В этих случаях экспертам приходится впервые обследовать подсудимого в судебном заседании и давать заключение единолично. В связи с этим нередки случаи, когда эксперты затрудняются дать заключение на суде и суд, отложив дело, направляет подсудимого на стационарную экспертизу для тщательного всестороннего исследования и наблюдения.

Психиатрическая экспертиза в отношении тех обвиняемых, которые уже проходили экспертизу в стадии предварительного расследования, назначается в стадии судебного следствия в тех случаях, когда заключение по экспертизе в стадии предварительного расследования вызывает сомнение у суда или у сторон в судебном заседании (прокуратуры или защиты).

Для устранения этих сомнений и для внесения ясности и точности в заключение, данное экспертизой в стадии предварительного расследования, и назначается дополнительная экспертиза на суде.

При этом следует иметь в виду, что, согласно ст. 48 УПК РСФСР, судебный психиатр, участвовавший в экспертизе в стадии предварительного расследования, может участвовать в качестве эксперта и в стадии судебного следствия.

Могут быть и такие случаи, когда эксперты, затрудняясь дать заключение о психическом состоянии обвиняемого в ста-

¹ Но сам обвиняемый, как уже указывалось, может просить о назначении экспертизы и в стадии предварительного расследования (ст. 169 УПК РСФСР).

дии предв
присутстви
могут пол
поведении
на суде и
(например,
ности).

Нижепр
какое знач
дится опр
мого в пе
шения.

Испытуем
в помещени
нялся требо
него нескол
обвинения С
вокзале не
В связи с э
где прошел

Испытуем
кими-то суд
боли. Сестра
падками.

Испытуем
мечает ночн
В 15 лет по
долго потеря
менений в с
В 16 лет пе
перенес сып
после этого
он падал, те
обычно наст
с этим 2 раз
ческую боль
ницу он у с
припадки, в
бился, крича
нии был огл
ностью при
Находился в
падков не б

21 года
сылным в
здесь устрои
Сам исп
по характеру
О своем
шения в 7
стопку красн
рон. Товари
было перрон
вокзала. Да
в себя на с
были следы

дии предварительного следствия, считают необходимым свое присутствие на судебном заседании, в процессе которого они могут получить дополнительные данные об обвиняемом и его поведении от свидетелей или во время показаний обвиняемого на суде и уже после этого дать заключение о его вменяемости (например, в случаях временных расстройств душевной деятельности).

Нижеприведенные случаи экспертизы на суде показывают, какое значение имеет экспертиза на суде в делах, где приходится определять состояние психического здоровья обвиняемого в период совершения инкриминируемого ему правонарушения.

Испытуемый С., 22 лет. Обвиняется в том, что в нетрезвом виде в помещении вокзала (куда он приехал провожать товарища) не подчинялся требованиям милиционера и в момент задержания ударил последнего несколько раз по голове (ст. 73, ч. 1 УК). После предъявления обвинения С. заявил о том, что он душевнобольной, что происшедшего на вокзале не помнит, и объяснил свое поведение болезненным состоянием. В связи с этим был направлен на экспертизу в Институт им. Сербского, где прошел амбулаторную экспертную комиссию.

Испытуемый сообщил о себе следующие сведения: отец страдает какими-то судорожными припадками. У матери часто наблюдаются головные боли. Сестра — злобная, вспыльчивая, также страдает судорожными припадками.

Испытуемый родился в деревне, был тихим, спокойным ребенком. Отмечает ночное недержание мочи, наблюдающееся до последнего времени. В 15 лет перенес травму головы (его ударила лошадь), при этом не долго потерял сознание, две недели пролежал в больнице. Каких-либо изменений в состоянии здоровья и в характере после этого не отмечает. В 16 лет переехал в Москву, стал работать водопроводчиком. В 20 лет перенес сыпной тиф, в течение двух месяцев лежал в больнице. Вскоре после этого у него начались судорожные припадки, во время которых он падал, терял сознание, прикусывая язык, упускал мочу. После припадка обычно наступал сон. Припадки повторялись 2—3 раза в месяц. В связи с этим 2 раза после припадков на несколько дней помещался в психиатрическую больницу им. Кащенко. В день его второго поступления в больницу он у своих родственников выпил немного вина, после чего начались припадки, в промежутках между которыми он был возбужден, агрессивен, бился, кричал, не отвечал на вопросы, избил сестру и зятя. При поступлении был оглушен, растерян, не отвечал на вопросы. На другой день полностью пришел в себя, однако ничего не помнил о случившемся накануне. Находился в больнице в течение 5 дней, вел себя вполне правильно, припадков не было.

21 года испытуемый женился и уехал в деревню, где работал рассыльным в сельсовете. Через год он приехал в Москву к матери, хотел здесь устроиться на работу.

Сам испытуемый отмечает, что последнее время несколько изменился по характеру, стал более вспыльчивым, раздражительным.

О своем правонарушении рассказывает следующее: в день правонарушения в 7 часов вечера он поехал на вокзал провожать товарища, выпил стопку красного вина. После этого они с товарищем хотели выйти на перрон. Товарища пропустили, а испытуемого задержали, так как у него не было перронного билета. Помнит, как контролер отвел его в помещение вокзала. Дальнейшего, по его словам, совершенно не помнит. Пришел в себя на следующее утро в отделении милиции. В это время болел язык, были следы прикусов и признаки непроизвольного мочеиспускания. При

исследовании на комиссии установлено: со стороны физической испытуемый выше среднего роста, астенического телосложения. Внутренние органы особых отклонений от нормы не представляют. Со стороны неврологической отмечается повышение сухожильных рефлексов.

Психическое состояние: испытуемый в ясном сознании, несколько вял, медленно отвечает на вопросы. Правильно ориентирован в месте, времени и окружающем. Считает себя психически больным. Жалуется на раздражительность, головные боли, ослабление памяти. Уверяет, что совершенно не помнит того, что с ним произошло на вокзале, угнетен случившимся. При беседе с ним отмечается некоторая тугоподвижность мышления, склонность к излишней детализации. Испытуемый подолгу застревает на описании некоторых событий из своего прошлого, в особенности если они связаны с неприятными переживаниями. Память его как на текущие, так и на давно прошедшие события сохранена. Он хорошо решает счетные примеры, внимание достаточно устойчиво.

Экспертной комиссией института было признано, что С. страдает эпилепсией, сопровождающейся судорожными припадками и изменениями характера, свойственными данной болезнью. Однако заметного снижения со стороны интеллекта, а тем более каких-либо ярко выраженных признаков слабоумия у С. не отмечалось. Поэтому по заключению комиссии — в обычном состоянии С. должен быть признан вменяемым. Перед комиссией встал основной вопрос о психическом состоянии испытуемого в момент совершения правонарушения. Сам испытуемый ссылаясь на полное запоминание этого периода. В следственном деле также не было достаточных указаний на его поведение на вокзале и в отделении милиции. Поэтому комиссия вынесла заключение о том, что этот вопрос может быть решен только на суде, в присутствии эксперта-психиатра.

Во время судебного заседания из свидетельских показаний выяснилось, что у С. в то время, когда он был на вокзале, наблюдалось состояние нелепого возбуждения с бессмысленным сопротивлением и агрессией. Состояние двигательного возбуждения продолжалось в отделении милиции и перешло в довольно продолжительный сон.

Принимая во внимание вышеуказанные сведения, а также данные из истории болезни больницы им. Кащенко, где описывается аналогичное состояние возбуждения, стоящее в связи с припадками, эксперт на суде дал заключение о невменяемости испытуемого в момент правонарушения. Такое заключение было дано потому, что это состояние испытуемого следует расценивать, как кратковременное расстройство душевной деятельности (так называемое исключительное состояние), возникшее на почве эпилепсии.

Приводим случай, описанный доцентом Лещинским¹.

Л., 32 лет, обвинялся в покушении на убийство своей жены, с которой за год до этого развелся, но имел постоянные конфликты, ссоры и бурные сцены на почве ее плохого отношения к их ребенку. При стационарной экспертизе Л. не обнаружил никаких признаков психического заболевания. Причиной его направления на экспертизу послужило только его заявление о запоминании периода правонарушения. В то же время в деле имелись указания о том, что Л. лично явился в районное отделение милиции и заявил, что он убил свою жену (фактически легко ранил), а также о том, что перед преступлением с обеих сторон были угрозы расправиться друг с другом. Располагая только этими данными, стационарная экспертиза, естественно, не могла высказаться ни за наличие исключительного состояния (патологический аффект), ни исключить последнее. Было предложено вызвать эксперта в суд. В процессе судебного разбира-

¹ А. Лещинский, Значение и место судебно-психиатрической экспертизы на суде (Журн. «Социалистическая законность», 1937 г., № 4.).

тельства прокурор обратил внимание на несоблюдение милицией одной детали при проведении следствия. Между составлением протокола заявителя и первым допросом прошел необычно долгий срок (около суток). Прокурора это заинтересовало с юридической точки зрения, для эксперта же выяснение этого вопроса оказалось решающим моментом в его экспертизе: специально вызванные по этому вопросу свидетели — дежурный по милиции и другие граждане — объяснили задержку тем, что Л., прибежав в милицию и крикнув: «Я убил свою жену», тут же опустился на скамью и заснул так крепко, что никакими способами (вплоть до обливания его водой, дергания за ноги и пр.) не удалось его разбудить. Проснувшись через 12 часов, Л. заявил, что он о совершенном ничего не помнит.

Присоединение к предыдущим материалам этих данных свидетелей, указывающих на наличие глубокой нервно-психической истощенности, характерной для патологического эффекта, дало возможность высказаться за исключительное состояние и невменяемость.

5. Заочная экспертиза

Особым видом экспертизы является заочная судебно-психиатрическая экспертиза. Ее задача заключается в определении на основании одних только материалов следствия нервно-психического состояния того или другого лица.

Заочная экспертиза представляет особые трудности, так как эксперту-психиатру приходится давать заключение о психическом состоянии в его отсутствие.

К заочной экспертизе приходится прибегать:

а) если невозможно личное исследование экспертом обвиняемого (дальность расстояния, при невозможности его доставить к эксперту и т. п.);

б) в тех случаях, когда после смерти подэкспертного необходимо выяснить являлся ли он психически больным или здоровым человеком, что бывает иногда очень важно в случаях самоубийства.

Для выполнения поставленных перед экспертом задач материалы следственного дела должны содержать:

1) возможно более полные сведения о прошлом данного лица (допросы его родных и знакомых, характеристики из учреждений, где подэкспертный работал, справки из медицинских учреждений, где он лечился);

2) подробные сведения об условиях, в которых данное лицо находилось в период времени, непосредственно предшествовавший событию, в связи с которым возникло данное дело, а также сведения о его состоянии и поведении, о взаимоотношениях с окружающими, о конфликтах, если они имели место.

Необходим тщательный допрос всех свидетелей, общавшихся с данным лицом в этот период времени, для того, чтобы выяснить, было ли его поведение обычным, свойственным ему прежде или наблюдались новые проявления, жалобы, странные или нелепые высказывания или поступки, состояние душевного угнетения, волнения, страха (при экспертизах также очень часто устанавливается большая роль аффективных моментов). К делу

должна быть приложена переписка данного лица, которая велась им в последнее время (письма, полученные им и отосланные им его родным и знакомым), его фотографии, дневники, записные книжки и т. п. Если дело идет о самоубийстве, в деле должен содержаться акт судебно-медицинского вскрытия.

Для иллюстрации приведем два случая заочной экспертизы, произведенной в Центральном научно-исследовательском институте судебной психиатрии им. проф. Сербского.

Случай 1-й. В институт было направлено дело С., покончившего жизнь самоубийством, причем перед экспертизой были поставлены для разрешения следующие вопросы:

а) являлся ли С. по имеющимся следственным материалам полноценной личностью и

б) каково было его психическое состояние в момент самоубийства.

На основании материалов следствия в институте было установлено следующее:

С., 36 лет. Как видно из показаний его матери, в детстве был нервным ребенком, но развивался нормально. По окончании средней школы он несколько лет работал строительным рабочим, а затем был выдвинут на ответственную работу. Имеющиеся в деле документы свидетельствуют о том, что С. хорошо справлялся с поручаемой ему работой, успешно продвигался по службе, и за хорошую работу он имел ряд правительственных наград. Хотя С. иногда жаловался на какое-то заболевание желудка, но всегда был физически здоровым, крепким человеком. Однажды он на самолете попал в аварию, после чего у него было, повидимому, реактивное состояние, по поводу которого он лежал в больнице. Однако никаких стойких психических нарушений это состояние не вызвало. Родные и сослуживцы С. характеризуют его как человека энергичного, бодрого, жизнерадостного, работоспособного. Так продолжалось до апреля 1945 года, когда его состояние заметно изменилось: он был тревожен, подавлен, очень плохо ел, появилась упорная бессонница. Он утверждал, что за ним следят, его должны арестовать, хлопотал о получении новой должности, но, получив назначение, к работе не приступал, просил освобождения, считал, что с работой не справится. Идеи преследования и виновности нарастали, состояние С. ухудшилось, и в мае 1945 года, во время своего отъезда из Москвы в Ленинград и в течение пребывания в Ленинграде он вел себя уже совершенно неправильно и нелепо: с матерью и женой, провожавшими его на вокзал, почти не разговаривал, говорил, что его сейчас арестуют, что за ним следит какой-то майор. В Ленинграде в квартире своей родственницы З. старался забиться в темный угол, жевал спички и окурки папирос, просил его застрелить и сам приставлял ко лбу пистолет, все время ходил по комнате, не спал и не ел. На приеме у начальника С. заявил, что он прибыл для того, чтобы его арестовали и расстреляли за то, что он всю войну «искал теплые места».

На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что с апреля 1945 г. С. находился в состоянии острого душевного заболевания, сопровождавшегося бредом виновности и преследования (не исключена возможность приступа шизофрении). Самоубийство совершено им в состоянии душевного заболевания.

В данном случае материал следственного дела, очень полно собранный, показал, что С. находился в течение четырех месяцев до самоубийства в состоянии острого душевного заболевания,

сопровождавшегося бредом виновности и преследования, что дало возможность экспертизе дать заключение, что самоубийство С. совершил в остром психическом состоянии.

Случай 2-й. В институт было направлено уголовное дело по обвинению Р. по ст. 136 ч. 1 п. «а» УК РСФСР на предмет определения его вменяемости.

Обстоятельства дела таковы: Р. был приглашен на вечер, там напился пьяным, вышел на крыльцо, вынул имевшийся у него револьвер, произвел 4 выстрела и одним из них убил гр-на П.

По данному делу по постановлению военного трибунала была произведена стационарная судебно-психиатрическая экспертиза в психиатрической больнице в городе К., которой было дано следующее заключение о психическом состоянии Р. и о вменяемости в момент совершения преступления:

Р. правильно ориентируется в месте, времени и окружающих лицах, обманов восприятий и бредовых идей не имеется. Память сохранена, способность внимания несколько понижена. Явлений слабоумия не обнаруживается, эмоционально подавлен, за время пребывания в больнице наблюдался два раза автоматизм, когда обследуемый ночью во время сна вставал и стремился куда-то пойти, но уложенный в постель быстро засыпал и утром ничего не помнил.

Из материалов судебного дела видно, что Р. в состоянии опьянения вышел из-за стола в коридор, где схватил за хлястик пальто шофера К., и когда последний побежал по коридору во двор, произвел четыре выстрела, после чего был свален с ног, затем связан и отвезен в районное отделение милиции. Р. заявляет, что не помнит всех событий с того момента, как он встал из-за стола и очнулся в районном отделении милиции.

На основании материалов судебного дела, данных стационарного наблюдения и освидетельствования, экспертиза в городе К. пришла к заключению, что Р. «страдает травматической церебрастенией с психическими автоматизмами и инкриминируемое ему преступление он совершил в состоянии патологического опьянения, а потому является невменяемым и неответственным. Нуждается в стационарном лечении в психиатрической колонии».

Дело Р. с актом судебно-психиатрической экспертизы психиатрической больницы города К. было направлено в Институт им. Сербского для просмотра и подтверждения правильности заключения врачей-психиатров города К. о невменяемости Р.

На основании материалов уголовного дела, истории болезни Р. в больнице города К. и акта экспертизы врачей этой больницы — в Институте им. Сербского было установлено следующее: Р. окончил 6 классов, а с 1938 г. он служил в милиции. В 1941 г. Р. был контужен. В начале 1942 года в Ленинграде перенес дистрофию с психотическими явлениями. Повидимому, к этому времени относится приобретенный к уголовному делу листок из истории болезни, помеченный 1942 годом, где после записей, связанных с соматическим заболеванием Р., следует запись следующего содержания: «Острый психозо-нервный приступ. Галлюцинации, мания преследования, зрительное, слуховое, потеря сознания». Рядом с этой записью поставлен диагноз — «шизофрения» и назначено лечение — бромистый натр. Медицинская безграмотность этой записи не оставляет сомнений в том, что ее сделал не психиатр и, возможно, вообще не врач. С конца 1942 года до дня правонарушения Р. служил в органах милиции на одном и том же месте. Каких-либо странностей в его поведении никто из свидетелей не отмечает, у психиатров он не лечился, с порученной ему работой в общем справлялся. По характеру он был вспыльчив, раздражителен, часто ссорился с женой. Жена отмечает, что он бывал с ней особенно груб и раздражителен в состоянии опьянения. Свидетель К. показывает, что в состоянии раздражения Р. едва не застрелил свою жену, но свидетель этому помешал. Другой свидетель показывает, что ему известно,

что Р. в пьяном виде однажды стрелял вверх. Будучи пьяным, Р. совершенно без оснований посадил под арест телеграфистку, за что сам получил серьезное наказание. Жена Р. показывает, что он часто пил, и это было причиной семейных ссор. 20 декабря 1944 г. состоялся вечер, на котором присутствовал и Р. с женой. После официальной части был ужин с выпивкой, причем Р. выпил больше одного литра водки и кроме этого пил пиво. Он вспоминает, как, сидя за столом, выпил поллитровую банку водки, затем еще два стакана, что было после этого — он якобы не знает, пришел в себя лишь на другое утро в камере предварительного заключения. Из материалов уголовного дела известно, что Р., выпив водку, ходил в буфет и еще пил пиво. После этого он вышел в коридор, где его в состоянии «сильного опьянения» видел свидетель Г. В состоянии опьянения Р. держал в руке револьвер, вошел в комнату, где сидел шофер К. и схватил последнего за хлястик пальто. Испугавшись, К. рванулся и, оставив в руках Р. хлястик, бросился бежать. Вслед ему Р. произвел несколько выстрелов, которыми был убит случайно стоявший на крыльце гр. П. Во время стрельбы жена Р. вырвала у него револьвер, а Р. ввели в другую комнату и вскоре связали. Свидетель Ф. показывает, что в этой комнате Р. спросили, куда он стрелял, на что Р. ответил: «В воздух» и нецензурно выругался. Свидетель Ч. показывает, что в это время Р. давал ответы на задаваемые вопросы. В связи с настоящим делом Р. проходил судебно-психиатрическую экспертизу в городе К., где после стационарного обследования ему был поставлен диагноз: «Травматическая церебрастения с психическими автоматизмами». В отношении правонарушения он был признан невменяемым, как совершивший его в состоянии патологического опьянения. Указание на психические автоматизмы, как видно из акта, связано с тем, что за время экспертизы у Р. два раза наблюдалось снохождение. Никаких психотических проявлений у него в больнице не наблюдалось. На основании изложенного комиссия приходит к заключению, что по материалам уголовного дела говорить о наличии у Р. какого-либо душевного заболевания и в частности шизофрении нет оснований. Исследование, произведенное в психиатрической больнице города К., установило, что в период стационарного наблюдения Р. признаков душевного заболевания не обнаруживал. Что касается состояния Р. в момент совершения инкриминируемых ему действий, то, как показывает материал уголовного дела, он находился при этом в состоянии простого опьянения и не проявлял признаков какого-либо временного расстройства душевной деятельности. За это говорит большое количество выпитого алкоголя (водки и пива), наличие внешних признаков опьянения с характерным для поведения пьяных стремлением к драке, дебошу. Поведение Р. в момент правонарушения не было для него необычным, так как в пьяном виде он часто бывал агрессивен и несколько раз в таком состоянии стрелял в воздух. Кроме того Р. в момент задержания сразу же после правонарушения связно отвечал на вопросы и нецензурно бранился. Как не душевнобольного, совершившего правонарушение вне болезненного расстройства душевной деятельности, Р. следует считать вменяемым.

В этом случае материал уголовного дела и данные стационарного наблюдения в психиатрической больнице города К. дали возможность комиссии Института им. Сербского прийти к заключению, что говорить о наличии какого-либо душевного заболевания и в частности шизофрении у Р. нет оснований. Что же касается его поведения в момент правонарушения, то имевшиеся в деле и в истории болезни больницы города К. данные также дали возможность той же комиссии Института им. Сербского прийти к заключению, что не было основания признать Р. невменяемым в момент совершения преступления.

§ 3. Значение судебно-психиатрических заключений для судебно-следственных органов

Судебно-психиатрическое заключение, данное экспертами амбулаторно, стационарно, на суде и т. п., является одним из видов доказательств. Так, в ст. 58 УПК РСФСР говорится: «Доказательствами являются показания свидетелей, заключения экспертов, вещественные доказательства, протоколы осмотров и иные письменные документы и личные объяснения обвиняемого». Оценка же всех вышеприведенных доказательств, в том числе и заключения судебно-психиатрической экспертизы, представляется исключительно судебным органам. «Оценка имеющихся в деле доказательств — говорится в ст. 319 УПК РСФСР, — производится судьями по их внутреннему убеждению, основанному на рассмотрении всех обстоятельств дела в их совокупности».

Таким образом, ст.ст. 58 и 319 УПК РСФСР устанавливается бесспорное право судебных органов придать то или иное значение судебно-психиатрическому заключению как одному из видов доказательств.

Помимо указанного общего положения о значении заключений экспертов, целый ряд статей Уголовно-процессуального кодекса касается специального значения для судебно-следственных органов заключения экспертизы, в том числе, следовательно, и судебно-психиатрической экспертизы.

Так, заключение эксперта может быть признано следственными органами недостаточно ясным или неполным. В таких случаях, согласно ст. 174 УПК РСФСР, следователь имеет право назначить производство новой судебно-психиатрической экспертизы, но при этом он, согласно той же ст. 174, должен вынести специальное мотивированное постановление. То же право признать заключение эксперта недостаточно ясным или неполным предоставляется, согласно ст. 300 УПК РСФСР, и судебным органам, и суд в таких случаях может назначить производство новой экспертизы.

С заключением судебно-психиатрической экспертизы судебные органы могут не согласиться вовсе, на что указывает ст. 298 УПК РСФСР, где говорится, что «заключения экспертов для суда необязательны»; но в той же статье говорится, что «несогласие суда с заключением экспертизы должно быть им подробно мотивировано в приговоре или особом определении».

Указанное требование как для следственных органов, так и для суда введено в Уголовно-процессуальный кодекс во избежание случаев необоснованного несогласия судебно-следственных органов с заключением экспертов.

По вопросу о возможности несогласия судебно-следственных органов с заключением экспертов был издан специальный

циркуляр Наркомюста РСФСР (№ 191 от 28 сентября 1925 г.), где подчеркивалось, что «при несогласии следователя или суда с выводами произведенной экспертизы или по признании ее недостаточно ясной или неполной следует поступать по правилам ст.ст. 174 и 300 УПК РСФСР, мотивируя необходимость производства повторной экспертизы».

Необходимо также указать на право судебных органов частично не согласиться с заключением экспертов, что имеет значение для судебно-психиатрических заключений. Так, например, суд может согласиться с заключением судебно-психиатрической экспертизы о признании подсудимого психически больным, но не согласиться с практическими предложениями экспертов-психиатров. Эксперт может признать необходимым направить подсудимого в психиатрическую больницу на принудительное лечение, а суд может направить его на лечение на общих основаниях, и наоборот.

Насколько советское законодательство учитывает важность заключений психиатрической экспертизы для судебно-следственных органов, показывает ст. 321 УПК РСФСР. Согласно этой статье, в тех случаях, когда вопрос о вменяемости возникает в стадии предварительного и судебного следствия, суд обязан при постановке приговора решить вопрос о вменяемости подсудимого, хотя бы вопрос этот в подготовительном заседании был однажды уже решен.

Этот порядок создает гарантию против случаев возможного осуждения психически больных лиц.

Таково советское законодательство по вопросу о значении психиатрической экспертизы для судебно-следственных органов.

Практика по данным судебно-психиатрических заключений Института им. Сербского показывает, что имеется почти полное согласие судебно-следственных органов с судебно-психиатрическими заключениями, особенно по вопросу о вменяемости или невменяемости подсудимого. Изредка встречается несогласие по вопросу о практических предложениях — направлении в больницу на общих основаниях или на принудительное лечение.

Несогласие суда с судебно-психиатрическими заключениями, которые даются психиатрическими больницами на периферии, встречается чаще, что особенно относится к так называемым «исключительным состояниям» или временному расстройству душевной деятельности, но здесь имеет большое значение то, что заключения даются суду в малоубедительной и необоснованной форме. Особенно это относится к заключениям о так называемом «патологическом опьянении», которое есть не что иное, как временное расстройство душевной деятельности (см. главу «Наркомании»). Судебно-следственные органы в некоторых случаях полагают, что, поскольку речь идет об опьянении, и в отношении «патологического опьянения» должно быть

1925 г.),
теля или
признании
по пра-
ходимость
органов
то имеет
ак, напри-
сихиатри-
ски боль-
ожениями
ходимым
на при-
а лечение
важность
ебно-след-
Согласно
сти возни-
ствия, суд
вменяемо-
вительном
озможного
значении
органов.
аключений
ти полное
ихиатриче-
мости или
несогла-
правление
ное лече-
ючениями,
ериферии,
зываемым
стройству
чение то,
ачение то,
необосно-
ням о так
ть не что
тельности
аны в не-
об опьяне-
жно быть

применено примечание к ст. 11 УК РСФСР и что поэтому заключение в подобных случаях о невменяемости противоречит закону.

Судебно-следственным органам необходимо знать, что при наличии заключения «патологическое опьянение» речь идет о временном расстройстве душевной деятельности.

Так как судебно-следственным работникам необходимо научиться правильно разбираться в представленном им психиатрическом заключении, то необходимо, чтобы работники суда, следствия, прокуратуры и мест заключения обладали хотя бы минимальными судебно-психиатрическими знаниями, которые для этого требуются. Это даст возможность судебно-следственным работникам своевременно прибегать к психиатрической экспертизе, критически относиться к получаемым ими судебно-психиатрическим заключениям и давать обоснованное, мотивированное постановление в случаях несогласия с судебно-психиатрическим заключением.

§ 4. Права и обязанности судебно-психиатрических экспертов

Судебно-психиатрическая экспертиза, являясь одним из видов доказательств, призвана помочь судебно-следственным органам наиболее правильно разрешить вопрос о психическом состоянии (вменяемости) обвиняемого в момент совершения преступления и к моменту суда.

В соответствии с этим общим положением экспертизы по советскому законодательству, эксперты для представления им полной возможности давать правильные заключения наделяются значительными правами.

1. Права экспертов

Одно из наиболее важных прав всех экспертов, в том числе и экспертов-психиатров, — это право ознакомления с судебно-следственным материалом. Статья 171 УПК РСФСР указывает, что «эксперт имеет право, с разрешения следователя, знакомиться с теми обстоятельствами дела, выяснение которых необходимо ему для дачи заключения». Судебно-следственные органы, понимая всю важность для эксперта быть хорошо знакомым с обстоятельствами дела, как правило, вместе с посылкой на экспертизу подсудимого направляют одновременно и уголовное дело. Если следователь не предоставляет эксперту необходимых материалов для дачи заключения, то на основании примечания к ст. 171 эксперт имеет право не давать заключения. Об этом он должен составить акт, и в таких случаях «пределы материалов предварительного следствия, долженствующих быть предоставленными эксперту, разрешаются прокурором или судом».

Опыт показывает, что во многих случаях судебно-психиатрической экспертизы без детального ознакомления с характером преступления и с условиями, в которых оно было совершено, решение вопроса о психическом состоянии обвиняемого не представляется возможным.

Далее, весьма важно право экспертов, в том числе и экспертов-психиатров, присутствовать во время судебного следствия. В ст. 275 УПК РСФСР указывается, что «явившиеся в судебное заседание эксперты остаются в зале заседания». Только в тех случаях эксперты могут быть удалены, если это найдет необходимым суд по собственной инициативе или по ходатайству одной из сторон, с чем, однако, на практике приходится встречаться очень редко. То, что эксперты имеют возможность наблюдать и изучать подэкспертного во все время судебного следствия, а также знакомиться со всеми деталями судебного дела, чрезвычайно важно для дачи заключения.

В случае привлечения к экспертизе нескольких экспертов они имеют право, согласно ст. 172 УПК РСФСР, совещаться между собой по вопросу о психическом состоянии подэкспертного и дать общее заключение. В случае же несогласия экспертов между собой каждым из экспертов, согласно ст. 173 УПК РСФСР, «должны быть изложены его выводы».

В случае нарушения следственными органами прав экспертов, последние могут, согласно ст. 212 УПК РСФСР, принести жалобу на действия следственных властей, причем жалобы приносятся прокурору того района, где следователь состоит на работе. Если же эксперт не согласен с постановлением прокурора, он имеет право обжаловать это постановление в суд.

Необходимо также указать на право эксперта, согласно ст. 65 УПК РСФСР, на возмещение понесенных им расходов по явке, а также на его право на вознаграждение за выполнение им своих обязанностей. Статья 88 УПК РСФСР, говоря о судебных издержках, включает в число их также и суммы, выданные экспертам за производство ими экспертизы. Размер платы экспертам устанавливается специальной инструкцией Наркомюста СССР.

2. Обязанности экспертов-психиатров

Всякий эксперт, согласно ст. 64 УПК РСФСР, обязан явиться в случае вызова его в качестве эксперта, участвовать в осмотрах и освидетельствованиях и давать заключения. В случаях неявки без уважительных причин или отказа без законных оснований от исполнения своих обязанностей эксперт может быть привлечен к уголовной ответственности по ст. 92 УК РСФСР.

Далее, согласно ст. 170 УПК РСФСР, эксперт обязан давать заключения в строгом соответствии с обнаруженными данными дела и своими специальными знаниями. Заведомо ложное заключение, данное экспертом, влечет за собой привлечение этого эксперта к уголовной ответственности по ст. 95 УК РСФСР.

Заключение, данное экспертом, после его устного изложения должно быть, согласно ст. 298 УПК РСФСР, представлено в письменном виде. Форма акта указана в «Инструкции» от 17 февраля 1940 г. Помимо ответа на поставленные судом или следователем вопросы, необходимо, чтобы в заключении говорилось о вменяемости или невменяемости подэкспертного и о практических мероприятиях, предлагаемых в отношении его.

Наконец, следует еще указать на обязанности эксперта не разглашать данных следствия, с которыми он имел возможность ознакомиться. В случае разглашения этих данных эксперт несет уголовную ответственность по ст. 96 УК РСФСР.

Таким образом, советское законодательство, предъявляя к судебно-психиатрической экспертизе большие требования, создало и наиболее благоприятные условия для ее проведения. Советское законодательство по вопросам экспертизы полностью отражает то большое значение, которое придает советский суд судебно-психиатрической экспертизе.

§ 5. Виды судебно-психиатрических заключений

В результате судебно-психиатрической экспертизы испытуемый (подсудимый или осужденный) может быть признан экспертами психически здоровым, психически больным или обнаруживающим некоторые отклонения от нормы, не дающие все же основания рассматривать его как душевнобольного.

Во всех этих случаях вслед за установлением его психического состояния должна последовать и рекомендация необходимых дальнейших мероприятий.

В отношении подэкспертных, признанных психически больными и невменяемыми, могут быть рекомендованы следующие мероприятия:

1) помещение в психиатрическую больницу или колонию на общих основаниях;

2) отдача психически больного на поруки родным и под наблюдение районного психиатра;

3) помещение в психиатрическую больницу на принудительное лечение.

Судебно-следственные работники, получающие подобного рода заключения, должны знать, что имеется в виду под этими различными предложениями.

1. Заключение о помещении в психиатрическую больницу на общих основаниях

Заключение о направлении подэкспертного (подсудимого или осужденного) в психиатрическую больницу на общих основаниях имеет в виду отправку его в обычную психиатрическую больницу, где он должен быть помещен в те же условия, в каких содержатся все прочие психически больные лица, не совершившие преступления.

При этом в отношении психически больных, совершивших преступление и находящихся под следствием, применяется ст. 11 УК РСФСР и дела о них в уголовном порядке прекращаются.

Эти больные, направленные на общих основаниях, могут быть выписаны из больницы, если больница найдет нецелесообразным дальнейшее пребывание их, без разрешения судебных органов. Вот почему заключения о направлении в психиатрические больницы на общих основаниях необходимо делать чрезвычайно осторожно и ни в каком случае не давать таких заключений в отношении общественно-опасных душевнобольных.

Практика работы Института им. Сербского показывает, насколько нецелесообразными были заключения в первые годы работы Института, когда свыше 90% всех лиц, признанных невменяемыми, направлялось в психиатрические больницы на общих основаниях. Среди направленных в больницу на общих основаниях было немало психопатов, которые нередко убегали из больниц или которых больницы быстро выписывали, желая поскорее избавиться от этой группы больных, вносящих дезорганизацию в жизнь лечебного учреждения. Эти больные обычно циркулировали между психиатрической больницей, местом заключения и институтом. Начиная с 1923 года удельный вес психически больных, посылаемых в психиатрические больницы на общих основаниях, упал в отношении признанных невменяемыми с 56,3% до 31,5% в 1944 г. Из больных, направленных для лечения на общих основаниях, больницами обычно выписываются уже к концу первого месяца пребывания 40%, к концу второго месяца — 55%, а к концу третьего месяца — 70% и выше, и только единичные из больных, направленных на общих основаниях, оставались в больнице до шести месяцев.

2. Заключение об отдаче на поруки родным и под наблюдение районного психиатра

Если при производстве судебно-психиатрической экспертизы будет установлено, что обвиняемый страдает хронической душевной болезнью, но не является опасным для себя и для окружающих и не нуждается в лечении, или же что обвиняемый

совершил правонарушение в состоянии временного расстройства душевной деятельности, не является общественно опасным и в больничном содержании в момент экспертизы не нуждается, то может быть дано заключение об отдаче его на поруки родным и под наблюдение районного психиатра. По данным Института им. Сербского, из прошедших через амбулаторную экспертную комиссию Института в 1944 г., — 52,4% в отношении признанных невменяемыми не подлежали помещению в психиатрические больницы, а нуждались в наблюдении и трудоустройстве со стороны районных психиатров. Уже одно то, что из прошедших амбулаторную экспертную комиссию института 55% испытуемых обычно находятся на учете у районного психиатра и совершают то или иное правонарушение, показывает, что мероприятия по трудоустройству и надзору за хроническими душевнобольными недостаточны, а то, что 52,4% из признанных невменяемыми при амбулаторной экспертизе и 34,3% из признанных невменяемыми при стационарной экспертизе направляются на учет районного психиатра, показывает, какое большое значение имеют тщательное наблюдение за этой группой больных со стороны районных психиатров и соответствующее их трудоустройство и опека.

3. Заключение о помещении в психиатрическую больницу на принудительное лечение

Заключение о направлении подэкспертного в психиатрическую больницу на принудительное лечение имеет своим основным отличием от направления в больницу на общих основаниях то, что выписка из больницы лиц, направленных на принудительное лечение, производится по определению судебных органов.

Контингент лиц, направляемых на принудительное лечение, может быть схематически разбит на две группы: а) группа душевнобольных, представляющих серьезную и длительную опасность для окружающих, непосредственно вытекающую из характера их заболевания, — стойкие параноиды, эпилептики с сумеречными состояниями, импульсивные шизофреники и т. д.; б) душевнобольные — хроники, идущие на путь правонарушения вследствие своей беспомощности и неспособности к жизни (эта группа больных иногда используется преступным элементом).

По делу Привалова Пленум Верховного суда СССР вынес 21 мая 1942 г. постановление руководящего характера, в котором указал, что если суд признает обвиняемого невменяемым и вместе с тем социально-опасным, то такое лицо не может быть оставлено на свободе и к нему должно быть применено принудительное лечение, т. е. помещение в лечебное (психиатрическое) заведение с изоляцией. По делу Данилова в поста-

новлении от 13 июля 1944 г. Пленум Верховного суда СССР указал, что степень социальной опасности невменяемого определяется не только степенью его болезненного состояния, но и характером и содержанием тех опасных действий, которые им совершаются в результате его болезненного состояния.

Для длительного содержания группы больных, социальная опасность которых вытекает из характера их заболевания, необходима организация специально устроенных отделений при больших психиатрических больницах. Принудительное же лечение душевнобольных-хроников должно осуществляться в психиатрических колониях закрытого типа, приспособленных для длительного пребывания, с хорошо налаженной трудовой терапией; кроме того, большое значение имеют правильное трудовое и жизнеустройство душевнобольных-хроников и хорошо организованная опека.

Единой установки в системе применения принудительного лечения до 1935 г. не было. Больницы освобождали лиц, отбывающих принудительное лечение, без разрешения на то судебных органов. В лучшем случае отдельные психиатрические больницы после освобождения таких лиц сообщали об этом в соответствующие судебные органы. Получалось совершенно ненормальное явление: суд назначал принудительное лечение, но не осуществлял никакого контроля над его проведением, не участвовал в решении вопроса о том, возможно ли прекращение принудительного лечения. На практике же такое положение приводило к тому, что лица, совершившие весьма опасные преступления и посланные на принудительное лечение, будучи скоро выписаны из больницы, вновь совершали преступления. Такова была практика осуществления принудительного лечения.

Существенные дефекты были и в порядке назначения принудительного лечения. Психически больные посылались на принудительное лечение не только судебными органами, но и органами, производящими расследование (следователями, милицией и уголовным розыском), по заключению экспертов о том, что их подследственный нуждается в применении принудительного лечения. Бывали и такие случаи, что суд выносил определение о применении принудительного лечения без предварительной психиатрической экспертизы и т. п. Словом, существовали самые разнообразные, подчас противоречивые, а иногда совершенно произвольные решения о применении принудительного лечения.

Такая практика применения и осуществления принудительного лечения в значительной степени объяснялась как отсутствием достаточно четких указаний по этим вопросам в действующих Уголовном и Уголовно-процессуальном кодексах, так и отсутствием специальных инструкций по вопросам принудительного лечения.

Так,
медицинс
щений в
делении
друга.

Далее
говоря
учрежде
ности пр
может
снятие
ными ор

Нако
горий д
ние при

Эти
редко с
больных

Прив

Случа
вменяем.
в психиат
тельное л
тут. Обви

Случа
и был на
щим шизо
дительно
нарную э
шевнобол
больницу
чил напр
по ст. 74
на длител

Проп
тут им.
Институ
зультата
менения
ции о п
ния ду
ция (Н
РСФСР
в круг
струкци
дительно
мера во
чител
принуди

Так, в ст. 24 УК РСФСР, в которой говорится о мерах медицинского характера — «принудительном лечении» и «помещении в лечебное заведение», нет достаточной ясности в определении содержания этих отдельных мер и отличия их друг от друга.

Далее, ни Уголовный, ни Уголовно-процессуальный кодекс, говоря о принудительном лечении и помещении в лечебное учреждение, совершенно не содержат указаний о продолжительности принудительного лечения, об условиях, при которых оно может быть снято, и в частности, о том, должно ли это снятие принудительного лечения быть санкционировано судебными органами.

Наконец, нигде не указывается, в отношении каких категорий душевнобольных необходимо и целесообразно назначение принудительного лечения.

Эти недостатки в организации принудительного лечения нередко способствовали повторным правонарушениям душевнобольных.

Приведем следующие иллюстрации:

Случай 1-й. Испытуемый Г., диагноз — органическое слабоумие, невменяем. За семь лет был в институте 12 раз, из института направлялся в психиатрические больницы на общих основаниях, а затем на принудительное лечение, но через несколько месяцев вновь возвращался в институт. Обвинялся по ст. 162 УК РСФСР (кражи).

Случай 2-й. Испытуемый П., обвинялся по ст. ст. 73 и 74 УК РСФСР и был направлен на стационарную экспертизу. Он был признан страдающим шизофренией, невменяемым, нуждающимся в направлении на принудительное лечение. Через три месяца он вновь был направлен на стационарную экспертизу. Опять обвинялся по ст. 74. Вновь был признан душевнобольным (шизофрения), невменяемым и направлен в психиатрическую больницу на принудительное лечение. Через полтора года П. вновь получил направление на амбулаторную экспертизу в Институт (с обвинением по ст. 74 ч. 2). Был признан шизофреником, невменяемым и направлен на длительное принудительное лечение.

Процент повторного поступления на экспертизу в Институт им. Сербского довольно высок (в среднем он равен 10%). Институт, сталкиваясь в своей повседневной практике с результатами этой не имевшей единых установок системой применения принудительного лечения, разработал проект инструкции о порядке назначения и проведения принудительного лечения душевнобольных, совершивших преступления. Эта инструкция (№ 14), утвержденная Наркомюстом и Наркомздравом РСФСР 17 февраля 1935 г., внесла значительную ясность в круг вопросов, связанных с принудительным лечением. Инструкция дает точные указания о порядке назначения принудительного лечения, о том, что принудительное лечение как мера воздействия медицинского характера назначается и исключительно определением суда, причем суд назначает принудительное лечение в тех случаях, когда находит необхо-

димым применение мер медицинского характера в условиях изоляции в отношении общественно-опасных душевнобольных с целью предотвращения побегов и предупреждения повторных с их стороны правонарушений.

Инструкция, указывая на те категории лиц, к которым возможно применение принудительного лечения, требует обязательности предварительной психиатрической экспертизы при назначении принудительного лечения, обязательности мотивировки суда в случае его несогласия с заключением психиатрической экспертизы и дает указания об условиях и порядке осуществления принудительного лечения.

В постановлении по делу Данилова от 13 июля 1944 г. Пленум Верховного Суда СССР вынес руководящее постановление о порядке назначения мер медицинского характера. Пленум указал, что меры медицинского характера, применяемые к невменяемым, не являются мерами наказания, так как наказание может быть применено только к лицу, признанному виновным в совершении того или иного преступления, а одним из обязательных условий признания виновности является вменяемость обвиняемого. Поэтому к лицу невменяемому не может быть применено наказание, и меры медицинского характера, применяемые к невменяемым, нельзя включать в число мер наказания. Если наказание ставит себе целью покарать и исправить преступника, то меры медицинского характера ставят себе целью излечить больного и защитить общество от опасных действий больного, допущенных им вследствие своего болезненного состояния. В то же время Пленум указал, что хотя меры медицинского характера и не являются мерами наказания, все же они являются мерами принуждения. Как признание самого факта социальной опасности, требующей применения мер принуждения, так и выбор этих мер в зависимости от степени этой социальной опасности могут потребовать от суда выполнения ряда судебных действий, которые не могут быть выполнены в подготовительном заседании, как-то: вызова и допросы эксперта, вызова свидетелей (например, для установления — действительно ли имели место те или иные опасные действия со стороны невменяемого), выяснение среды и обстановки, в которой находится обвиняемый и т. д. Все эти вопросы имеют существенное значение для суждения не о невменяемости привлеченного лица, которая считается уже установленной, а для выяснения степени социальной опасности и для суждения по вопросу о потребных мерах медицинского характера. При этом не исключено, как указывает Пленум, что «законные представители невменяемого (родственники, защитник) будут выступать в суде с ходатайством о неприменении к невменяемому мер принуждения»; эти ходатайства подлежат рассмотрению суда на общих основаниях. По-

этому П
цинского
ном, а в
Плену
медицин
делением
говором
а винов
лица в
Это
принцип
в вопрос
в поним
ваемого
мых, а н
Пленума
о назна
заседани
быть во
невменя
быть пр
ных дей
доказан
отпасть
лечения,
Суда, к
опасност
болезне
опасных
болезне

этому Пленум и указывает, что вопрос о применении мер медицинского характера должен разрешаться не в подготовительном, а в судебном заседании.

Пленум также указал, что решение суда о применении мер медицинского характера оформляется не приговором, а определением, поскольку согласно п. 9 ст. 23 УПК РСФСР приговором называется решение суда о виновности или невиновности, а виновными, как и невиновными могут признаваться лишь лица вменяемые, здесь же идет речь о невменяемых.

Это постановление Пленума имеет исключительно важное принципиальное значение и вносит полную ясность как в вопрос о порядке назначения принудительного лечения, так и в понимание сущности принудительного лечения, рассматриваемого только как мера принуждения в отношении невменяемых, а не как мера наказания. Особое значение имеет разъяснение Пленума Верховного суда, что нельзя выносить определение о назначении принудительного лечения в подготовительном заседании суда и потому, что, как указывает Пленум, может быть возбуждено ходатайство о неприменении к признанному невменяемым мер принуждения и потому, что обвиняемый мог быть признан невменяемым, но он мог не совершить тех опасных действий, которые ему инкриминируются. Если же будет доказано, что он этих опасных действий не совершил, то может отпасть вопрос и о необходимости назначения принудительного лечения, так как согласно разъяснения Пленума Верховного Суда, как уже выше было указано, «степень социальной опасности невменяемого определяется не только степенью его болезненного состояния, но и характером и содержанием тех опасных действий, которые им совершаются в результате его болезненного состояния».

ГЛАВА III

ПОНЯТИЕ ДУШЕВНОЙ БОЛЕЗНИ И ПРИЧИНЫ ДУШЕВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Среди многих неправильных представлений относительно сущности душевной болезни широко распространено заблуждение, согласно которому душевная болезнь должна проявляться в ярких и выразительных симптомах. Несведущие лица иногда полагают, что душевнобольной непременно возбужден, опасен, совершает нелепые действия, охвачен какой-нибудь болезненной идеей, что его лицо выражает безумие и т. д. На деле же многие больные ведут себя спокойно, высказывают правильные суждения, обнаруживают наблюдательность. У большинства больных можно отметить сочетание болезненных проявлений и внешне нормальных, правильных поступков. Они, например, высказывают нелепый бред и наряду с этим хорошо работают, выполняют все требования больничного режима, последовательно сообщают факты из своей прошлой жизни. Некоторые больные только при умелом расспросе обнаруживают признаки психического расстройства: они неохотно сообщают о своих переживаниях и хотят казаться здоровыми. Иногда незначительные на первый взгляд нарушения могут свидетельствовать о тяжелом заболевании.

Наиболее общими признаками выраженных психических расстройств являются снижение умственных способностей, логических процессов мышления, искаженное восприятие действительности, нарушение социальных связей и интересов, ослабление продуктивной деятельности. Поведение душевнобольного часто определяется наличием болезненных идей и целей.

Ближайшей причиной психических расстройств является заболевание мозга. Чем значительнее поражение мозга, чем важнее для психической жизни пораженные участки мозга, тем резче проявляется психическое расстройство. Причиной, вызывающей душевную болезнь, могут быть не только первичные заболевания мозга, но и такие его заболевания, которые вызываются различными внешними влияниями, а также нарушениями со стороны внутренних органов, вследствие чего наступает отравление веществами, поступающими в кровь, неправильное питание мозга. Во всех случаях душевных заболева-

ний в конечном итоге обязательным условием является нарушение мозговой деятельности.

Причины душевных болезней можно условно объединить в две большие группы — экзогенные, т. е. вызываемые различными внешними влияниями на организм, и эндогенные, т. е. возникающие вследствие внутренних процессов в силу особенностей самого организма. Так, шизофрения часто начинается без заметных внешних причин, как бы сама по себе, и в дальнейшем заболевание нарастает вне связи с какими-либо внешними условиями. Причины здесь, следовательно, эндогенные. С другой стороны, белая горячка возникает как последствие злоупотребления алкоголем, т. е. как результат внешнего влияния на организм, поэтому и заболевание относится к числу экзогенных. К экзогенным причинам душевных заболеваний относятся: травмы головы с сотрясением мозга и с повреждением мозгового вещества, отравления различными ядами, например, промышленными ядами, алкоголем, морфием, действие инфекционных (заразных) болезней, например, сифилиса, малярии, влияние психических переживаний, потрясений.

К эндогенным причинам душевных заболеваний относятся явления наследственности и повреждение зачатка, плода.

Наследственные причины имеют наибольшее значение (из числа душевных заболеваний) при шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе. Но и при наследственных заболеваниях роль внешних факторов очень велика. Унаследованная склонность к душевному заболеванию, находясь как бы в состоянии готовности, иногда сама по себе долго не проявляется и может не проявиться вовсе. «Сила прорыва» этих задатков оказывается недостаточной для того, чтобы заболевание развернулось само по себе, только в силу эндогенных факторов. Поэтому нередко внешние экзогенные факторы (например, травма головы, психическое потрясение, инфекционное заболевание) как бы побуждают к жизни эти дремлющие склонности, и с этого момента начинается их развитие. Вообще в большом числе случаев заболевание возникает в силу предрасположения, с одной стороны, и действия внешних факторов, с другой. Известно, например, что одинаковые травмы головы только в части случаев ведут к развитию эпилепсии. Очевидно, в этих случаях важную роль играет сочетание эндогенных и экзогенных причин.

Заболевания, вызванные повреждением зачатка, плода, относятся, как уже было сказано, к эндогенной группе. В отличие от наследственных заболеваний эти аномалии называют врожденными, так как имеется в виду не наследственная передача признаков, а влияние вредности, например алкоголизма и сифилиса родителей, на зачаток или на развивающийся плод.

ГЛАВА IV

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРОЕНИИ И ФУНКЦИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Составить себе ясное представление о строении и работе нервной системы человека возможно только на основании изучения исторического развития организма. «Без этой предистории, — пишет Энгельс в «Диалектике природы», — существование мыслящего человеческого мозга остается чудом».

Постепенное усложнение животного мира от простейшей одноклеточной амебы к организму высших позвоночных идет в направлении все большего совершенствования органов и приспособления их к самым разнообразным условиям внешней среды.

В процессе разделения функций между различными тканями живого организма выработалась нервная система как орган, специфически приспособленный для установления и регулирования взаимодействия между организмом и внешней средой.

Осуществляется эта основная функция нервной системы благодаря особым свойствам нервной ткани — раздражимости и способности к распространению (проведению) раздражения.

Процесс распространения раздражения в нервной системе обозначается термином импульс.

Простейшей и вместе с тем основной функцией нервной деятельности является восприятие внешнего раздражения и перенос его на соответствующий орган (например, мышцу, железу и т. д.), дающий реакцию на полученное раздражение.

Такая двигательная реакция в ответ на внешнее раздражение осуществляется автоматически и носит название рефлекса (например, непроизвольное отдергивание руки при внезапном уколе булавкой, автоматическое выделение слюны при попадании в рот пищи и т. п.).

В сущности вся нервная деятельность состоит из ряда таких рефлекторных движений, рефлексов.

Большое количество рефлекторных актов является врожденным и носит название безусловных рефлексов. Сюда относятся и более сложные безусловные рефлексы, или инстинкты — инстинкт самосохранения, половой инстинкт и пр. Рефлекторные связи, вырабатывающиеся и устанавливающиеся

в процессе жизнедеятельности организма и его приспособления к окружающей среде, носят название условных рефлексов.

У простейших представителей животного царства (например у низшего позвоночного — ланцетника) почти вся нервная деятельность сводится к ряду элементарных рефлекторных актов, соответственно чему и нервная система их весьма примитивна и представляется в виде своеобразной нервной трубки (т. е. массы нервного вещества). В самом переднем отделе тела ланцетника нервная трубка имеет некоторое утолщение (так называемое головное утолщение) своих стенок, что представляет собой примитивный головной мозг (гомолог так называемой стволовой части головного мозга, или подкорки высших животных — см. ниже).

Ни о какой высшей рефлекторной деятельности здесь еще говорить не приходится.

По мере эволюции органической жизни от простейших организмов до млекопитающих и, наконец, до человека мы видим все большее и большее усложнение строения нервной системы, причем особенно существенное значение имеет образование головного мозга (см. рис. 1), являющегося у человека основой душевной деятельности.

Если у описанного выше ланцетника мы находим лишь небольшое утолщение нервной трубки на переднем конце туловища, то у высших рыб мы видим в качестве головного мозга уже довольно сложное образование, лишь отдаленно напоминающее головное утолщение нервной трубки ланцетника. По мере дальнейшего усложнения организмов происходит весьма характерное явление — нарастание на головное утолщение нервной трубки (подкорка, стволовая часть) новой массы нервного вещества, так называемой коры головного мозга.

Поэтому у всех развитых позвоночных мы всегда находим, помимо спинного мозга и стволовой части головного мозга, представляющих собой филогенетически «старый» мозг (paleocerebrum), еще «новый» мозг (neocerebrum), т. е. полушария головного мозга.

Чрезвычайно характерно все большее и большее увеличение веса головного мозга с каждой следующей ступенью эволюционной лестницы, причем особенно примечательно отношение веса головного мозга, являющегося основой высшей нервной деятельности, к весу спинного мозга, представляющего собой центр низших рефлекторных функций.

Если взять одного из крупнейших млекопитающих — слона, обладающего и самым большим весом головного мозга, равным в среднем 4500 граммам, то отношение веса головного мозга к спинному выразится у слона числами 18 : 1.

Между тем у человека со средним весом головного мозга 1200 граммов это же отношение равняется 49 : 1.

В анатомическом отношении нервная система человека делится на периферическую и центральную нервную систему (см. рис. 2).

К периферической нервной системе относятся чувствительные нервы, воспринимающие внешние раздражения, и двигательные нервы, несущие ответ на эти раздражения в виде рефлекторной (автоматической) или произвольной двигательной реакции.

К периферической нервной системе относятся также и органы чувств, осуществляющие непосредственную связь организма с внешней средой: особые окончания чувствительных нервов в различных тканях, нервные аппараты органов слуха, зрения и обоняния.

Жизнедеятельность внутренних органов, желез, сужение и расширение сосудов, питание тканей и прочие «растительные» функции организма регулируются так называемыми вегетативными отделами нервной системы.

Деятельность вегетативной нервной системы находится во взаимодействии с работой желез внутренней секреции, регулирующих процессы роста, обмена веществ и определяющих основной темп жизнедеятельности организма. Так, деятельность щитовидной железы связана преимущественно с процессами обмена веществ и их интенсивностью; гипофиз (придаток мозга) имеет значение главным образом для процессов роста организма; деятельность половых желез в первую очередь обуславливает сексуальную жизнь; поджелудочная железа ведаёт процессами обмена сахара в организме и т. д.

Заболевания желез внутренней секреции, гормоны (или соки) которых попадают непосредственно в кровь, всегда влекут за собой нарушение жизни всего организма, особенно деятельности нервной системы. Недостаточность щитовидной железы вызывает понижение возбудимости нервной системы, задерживает развитие половых органов, у детей задерживает умственное развитие (кретинизм). Повышенная деятельность щитовидной железы влечёт за собой общее возбуждение, раздражительность, сильное похудание, учащенное сердцебиение и т. д.

Центральная нервная система включает спинной мозг, представляющий собой центр низшей рефлекторной деятельности, и головной мозг.

В свою очередь, головной мозг распадается на два отдела, различных как по своему происхождению, так и в функциональном отношении.

Как мы уже говорили, к «старому» мозгу (palencephalon) относится так называемая стволовая часть головного мозга, или подкорковая область. Эта часть центральной нервной системы выполняет ряд более примитивных (общих

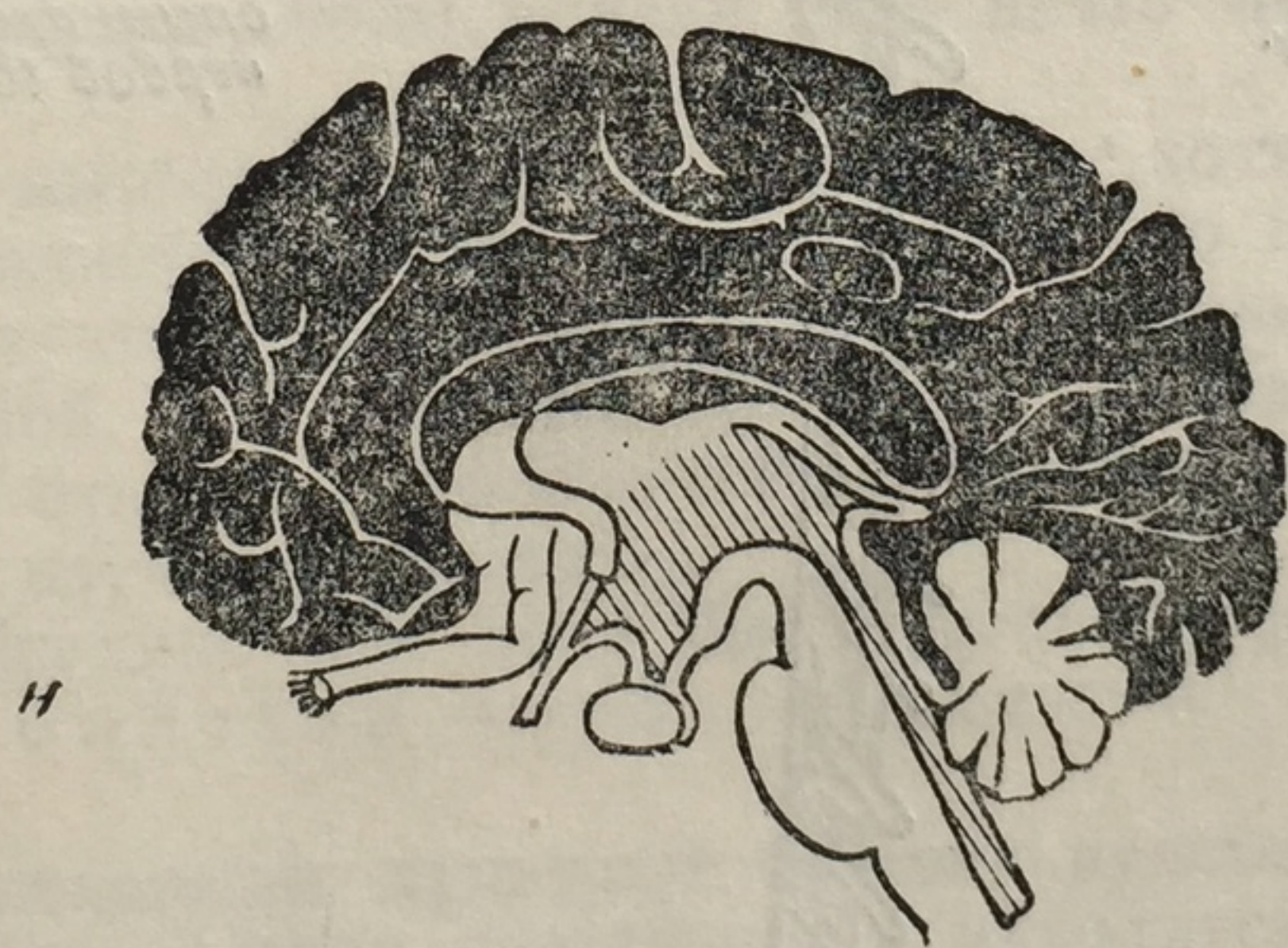


Рис. 1. Схема эволюции головного мозга.
P — высшие рыбы; *R* — рептилии; *M* — млекопитающие (кролик); *H* — человек. Видно постепенное нарастание коркового слоя и его увеличивающееся преобладание над стволовым отделом (кора обозначена черным цветом).

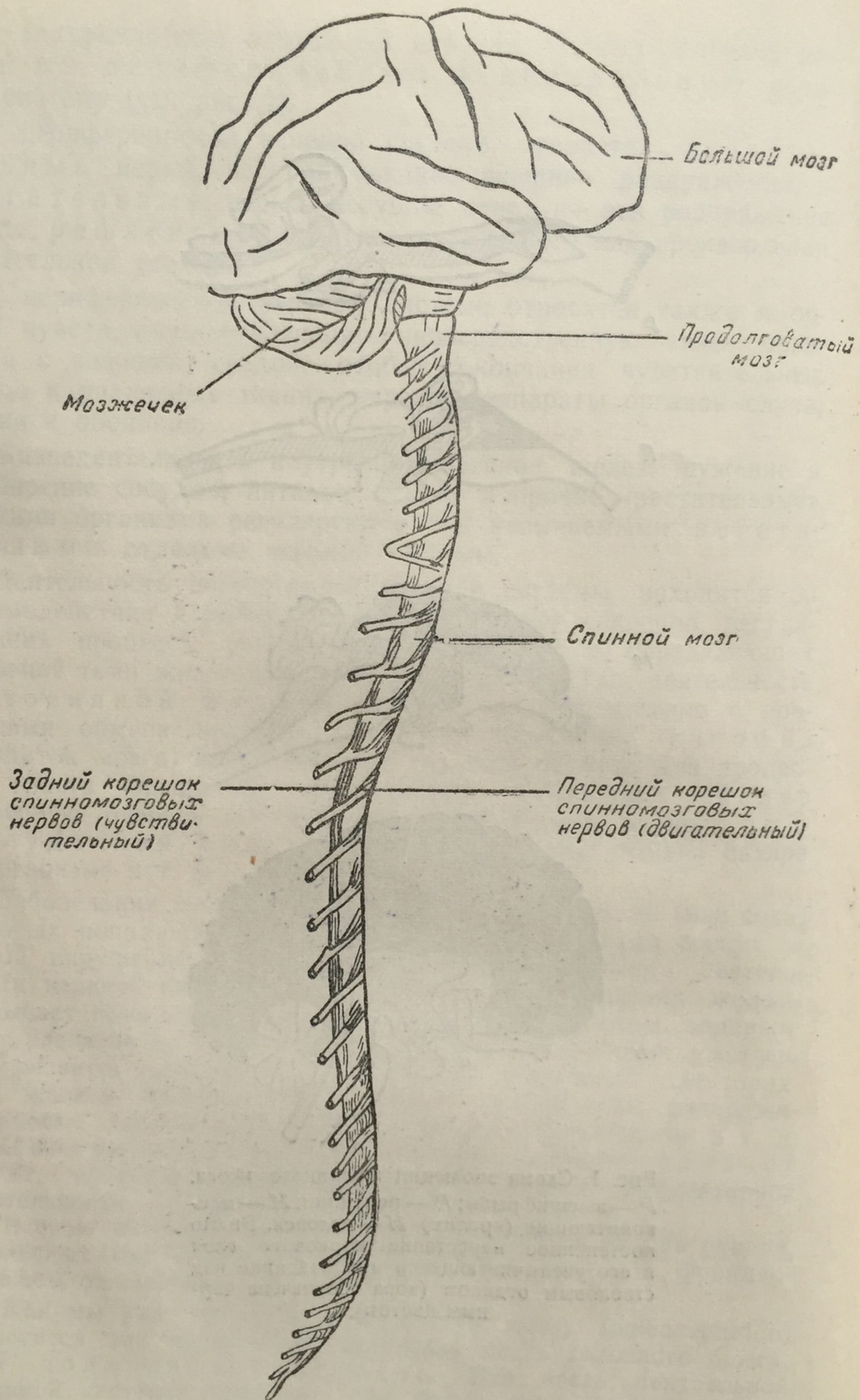


Рис. 2. Головной, спинной мозг и периферические нервы (общая схема).

у человека и нижестоящих позвоночных) функций, о чем подробнее будет сказано ниже.

К «новому» мозгу (neocerebrum) принадлежат, как уже говорилось, достигающие особенного развития у человека области коры головного мозга. Различают лобные, височные, теменные, затылочные области (или доли) коры головного мозга (см. рис. 3). Поверхность коры испещрена бороздами, отделяющими друг от друга так называемые извилины мозга.

Степень развития головного мозга и в особенности и по преимуществу его эволюционно новых отделов, т. е. коры головного мозга, обуславливает собой все большее и большее усложнение всей жизнедеятельности организма.

У современного человека, обладающего наиболее развитой корой головного мозга, эта жизнедеятельность чрезвычайно усложняется.

Человек приобрел возможность не только постигать окружающий его внешний мир, но и изменять и переделывать природу, частью которой он является.

Сложная деятельность человека как существа социального прежде всего, подчиняющего себе природу и изменяющего эту природу согласно своим потребностям, ведет к все большему совершенствованию и развитию того органа, которым обусловлена эта деятельность, т. е. мозга.

В особенности важно развитие речи, ибо развитие душевной деятельности (мышления) и речи есть нечто неотделимое одно от другого.

Из всего вышеизложенного ясно, что, хотя головной мозг человека и является субстратом (основой) его психической деятельности, изучение этой психической деятельности, представляющей собой, как мы уже говорили, чрезвычайно сложное образование, отнюдь не равнозначно анатомическому и физиологическому изучению мозга.

Уже в середине XIX века было установлено, что психические болезни — это болезни головного мозга.

Такое определение душевной болезни нуждается еще в ряде поправок. Психическая деятельность находится в зависимости не только от строения и функций центральной нервной системы, но и от состояния всего организма.

Кроме того, вследствие указанной выше чрезвычайной сложности психической жизни отдельные стороны психической деятельности с трудом поддаются отграничению и тем более локализации в тех или иных отделах головного мозга.

Поэтому следует с большой осторожностью подходить к вопросу о локализации психических функций в мозгу, что при настоящем уровне наших знаний не всегда возможно и часто приводит к механистическим концепциям.

Тщательное микроскопическое изучение показало, что в коре головного мозга имеется не менее нескольких десятков участков, обладающих заметными различиями в строении клеток и волокон (так называемые цитоархитектонические поля). Естественно предположить, что каждый такой участок обладает своей спецификой и в функциональном отношении.

И действительно, путем изучения феноменов выпадения тех или иных функций вследствие заболевания или механического повреждения отдельных участков мозга удалось установить целый ряд закономерностей.

Деятельность стволовой части головного мозга (подкорковых областей) связана с основными, так называемыми растительными (общими всем представителям животного царства) функциями организма. Сюда относятся: дыхание, сердечная деятельность, процессы питания и обмена веществ, сон, автоматические (непроизвольные) движения.

С деятельностью подкорковых областей, повидимому, связана также жизнь элементарных эмоций, влечений и инстинктов; сюда же, вероятно, относятся отчасти также особенности и регуляция темпа психической деятельности (темпераментные особенности человека).

До недавнего времени на деятельность подкорковых областей головного мозга не было обращено достаточного внимания. Изучение болезненных изменений в мозгу, связанных с заболеванием эпидемическим энцефалитом (см. главу «Психозы при органических заболеваниях мозга»), облегчило выяснение ряда важнейших функций подкорковых областей.

С функционированием «нового» мозга, т. е. главным образом с корой головного мозга, как более поздним в эволюционном отношении образованием, связана собственно психическая деятельность — ощущения и высшие эмоции, произвольные движения, речь, память, мышление и т. п. (см. рис. 3 и 4).

Зрительные центры расположены в затылочных областях коры головного мозга.

Слуховые восприятия локализуются в височных долях мозга.

Центры речи расположены в теменно-лобных и височных извилинах (у праворуких — слева, у леворуких — справа).

Выполнение произвольных движений и общая чувствительность связаны с так называемыми центральными извилинами теменных областей коры, а также с деятельностью мозжечка, специально ведающего равновесием тела, координацией движений, некоторыми видами чувствительности.

С лобными и отчасти теменными (передними) отделами головного мозга связаны высшие стороны психической деятельности: память, психическая активность, внимание, волевые процессы.

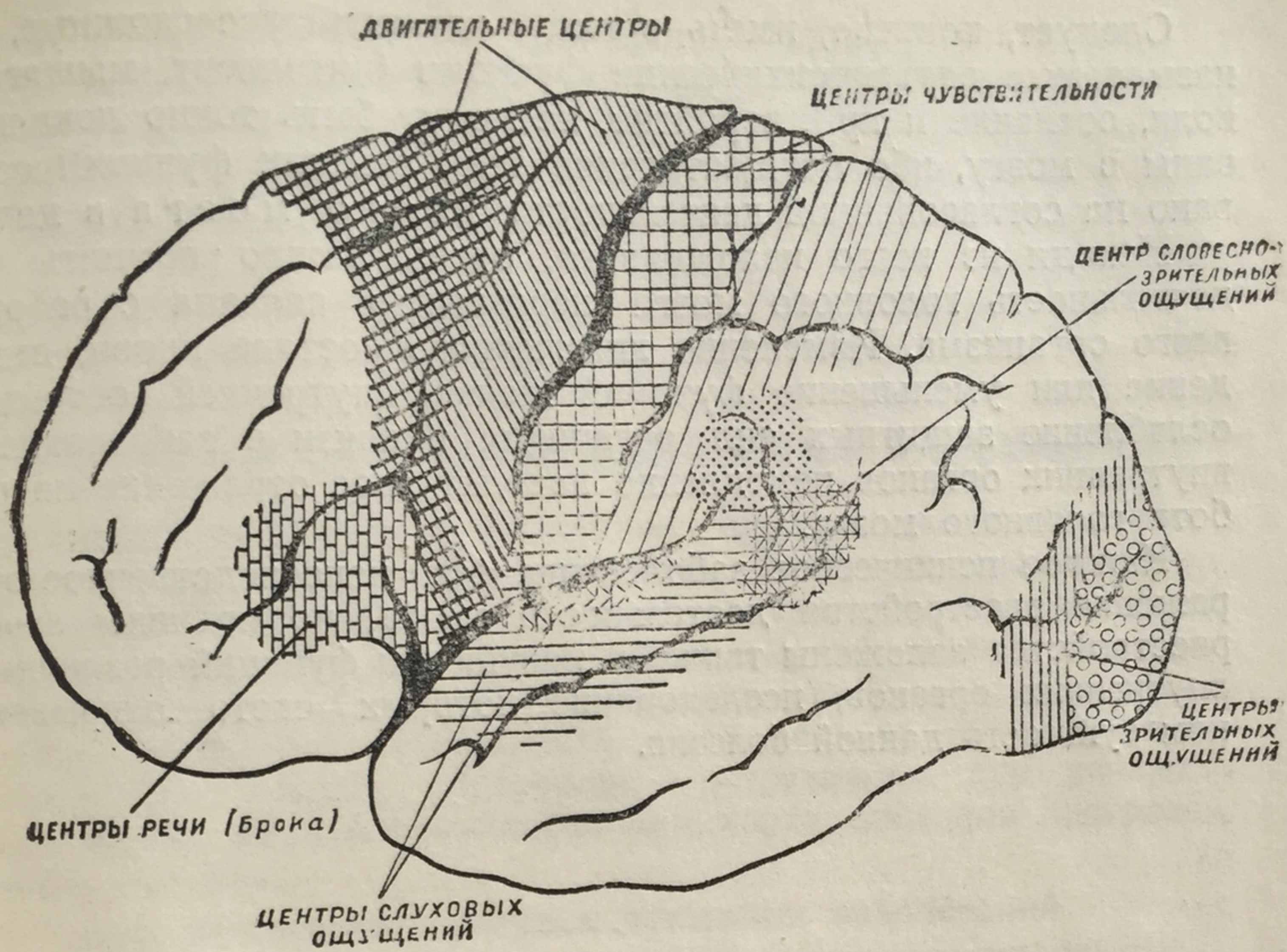


Рис. 3. Наружная поверхность головного мозга. Борозды и извилины.

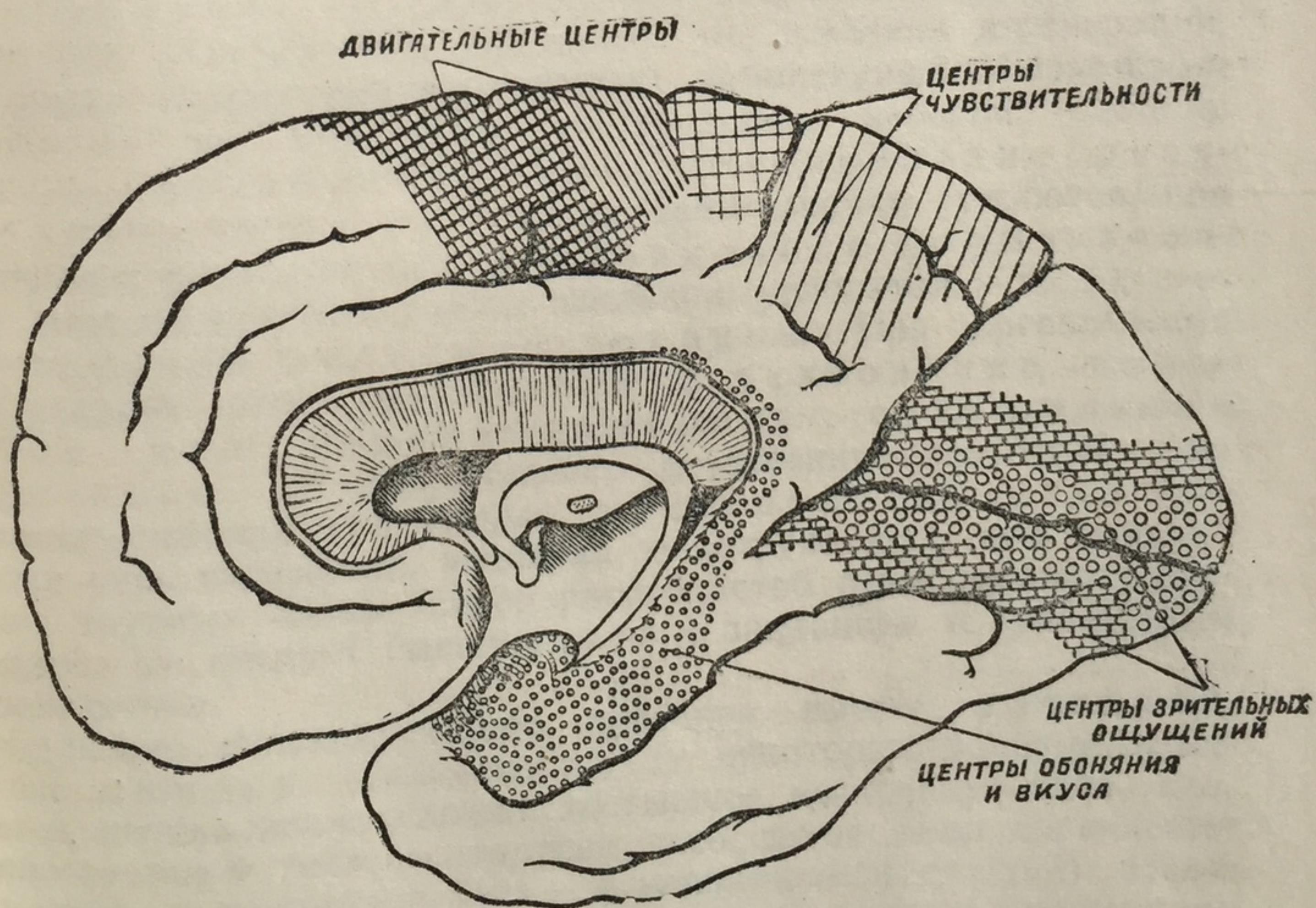
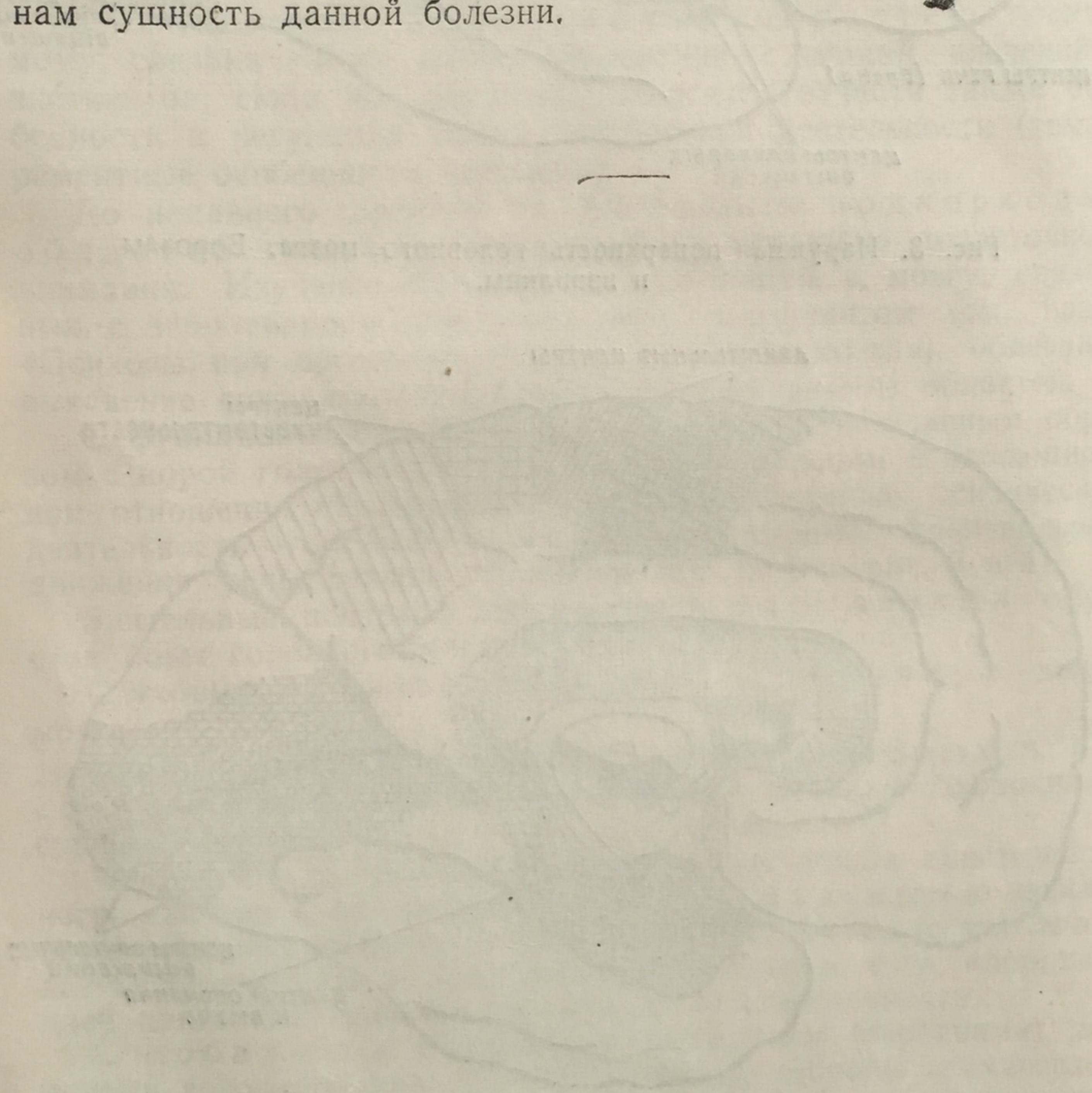


Рис. 4. Внутренняя поверхность головного мозга.

Следует, конечно, иметь в виду, что наиболее сложные, так называемые внутрипсихические функции (интеллект, мышление, воля, сознание и пр.), вероятно, не могут быть точно локализованы в мозгу, ибо осуществление этих высших функций основано на согласованной деятельности всего мозга в целом.

Исходя из всего изложенного, очень важно помнить, что деятельность головного мозга неразрывно связана с работой всего организма. Изменение химического состава крови, выпадение или уменьшение функций желез внутренней секреции, ослабление защитных сил организма в связи с заболеванием внутренних органов немедленно находят свое отражение на работе головного мозга.

Каждое психическое заболевание есть непосредственное выражение расстройства деятельности мозга, но причины этого расстройства заложены также в нарушении функций различных внутренних органов, исследование которых часто открывает нам сущность данной болезни.



ОТДЕЛЬНЫЕ

Различ
ином соче
гноза заб
лезни, т.
значение
птомы —
благодар
заболева
сивного

§

Преж
мов, наб
на то, чт
иссле
нии чере
на ранн
указани
являютс
ции з
затемне
ков (в
одина
заболе
шени
рефл
тельнос
пример
шении
артрий
косной
Бол
ства
чается
ваннос
с маск
торые
со сто

ГЛАВА V

ОТДЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Различные душевные заболевания проявляются в том или ином сочетании признаков (симптомов). Для установления диагноза заболевания необходимо уметь расчленить картину болезни, т. е. выделить отдельные симптомы заболевания, учесть значение каждого из них. Так, например, отдельно взятые симптомы — слабоумие, внушаемость, бред величия, беспричинно благодушное, веселое настроение — встречаются при разных заболеваниях, но в совокупности они характерны для прогрессивного паралича.

§ 1. Физические признаки душевных заболеваний

Прежде чем приступить к изложению психических симптомов, наблюдающихся у душевнобольных, необходимо указать на то, что для диагностики имеет большое значение физическое исследование. В ряде случаев неправильности в строении черепа и всего тела указывают на признаки дегенерации, на ранние (часто внутриутробные) заболевания. Серьезными указаниями на поражение центральной нервной системы являются: ослабление или исчезновение реакции зрачков на свет (при свете зрачки сужаются, при затемнении расширяются), неправильная форма зрачков (вместо круглой формы овальная, угловатая и т. д.), не одинаковая величина зрачков. При органических заболеваниях мозга наблюдается исчезновение, повышение или неравномерность сухожильных рефлексов. О значительных нарушениях мозговой деятельности говорят некоторые расстройства речи (например речь смазанная, нечеткая, с затруднением при произношении трудных слов). Такое расстройство речи называют дизартрией. Не следует смешивать ее с заиканием и врожденным косноязычием.

Большое диагностическое значение имеют расстройства мимики, движений (у некоторых больных отмечается неподвижное, словно застывшее выражение лица, скованность всего тела, вследствие чего такое лицо сравнивают с маской, а положение тела — с неподвижной статуей). Некоторые психические расстройства сопровождаются изменениями со стороны кровеносных сосудов, неправильной рабо-

той потовых, слюнных и сальных желез. Вследствие этого наблюдаются плохое снабжение кровью конечностей, синюшная окраска их или, наоборот, легко наступающее покраснение, чрезмерная потливость, обильное отделение слюны, сальный пот кров лица и т. д. Нередко расстраивается сон (сонливость, бессонница).

В диагностике душевных заболеваний большую помощь оказывают лабораторные биохимические исследования. Иногда решающее значение имеет исследование спинномозговой жидкости, добываемой с помощью иглы, вводимой в поясничную часть канала спинного мозга. Значение этих исследований особенно велико при подозрении на сифилитическое заболевание мозга. Этой же цели служит и исследование крови.

Все указанные данные, полученные в результате исследования нервной системы (так называемое неврологическое исследование) и путем лабораторных анализов, являются существенным дополнением к тем данным, которые составляются из наблюдения психических симптомов. Однако в ряде случаев методы физического исследования оказываются весьма недостаточными, и тогда единственным надежным критерием диагностики остается анализ психического состояния больного.

Среди основных признаков душевного заболевания необходимо выделить галлюцинации, бредовые идеи, расстройства памяти, расстройства мышления, интеллекта, эмоциональной жизни, воли, сознания.

§ 2. Психические признаки (симптомы) душевных заболеваний

1. Галлюцинации

Одним из частых симптомов душевного расстройства являются галлюцинации. Иногда трудно отграничить их от иллюзий. Те и другие являются обманами чувств, вследствие которых у больного нарушается правильное восприятие внешнего мира (иногда и самого себя). Все же в большинстве случаев можно установить следующее различие между иллюзиями и галлюцинациями.

В основе иллюзий всегда имеется реальный, действительный источник восприятия, однако предметы, явления представляются в искаженном виде. Так, например, рисунок обоев, трещина в стене могут приобрести для больного особые очертания, устрашающие его.

Иллюзии встречаются нередко и у здоровых. Их возникновению могут способствовать страх, ожидание, усталость и пр. Так, может показаться, что на дороге за кустом притаился человек; в полутемной комнате одежда на вешалке может представиться самоубийцей, висящим в петле. Ожидание, напряжение, утомление могут создать условия, при которых посторонний звук воспринимается как оклик по имени и т. д.

В отличие от иллюзий галлюцинации не вызываются внешними, действительно существующими поводами. Они являются в полной мере мнимыми восприятиями.

Галлюцинации представляют собой резко выраженное патологическое явление; они обычно свидетельствуют о наличии психического расстройства.

Различают галлюцинации по органам чувств: слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые и т. д. Рассматривая их изолированно, необходимо иметь в виду, что в действительности они обычно встречаются в различных сочетаниях, как это и будет видно из некоторых приводимых иллюстраций.

Слуховые галлюцинации чаще всего встречаются в виде окликов по имени, по фамилии. Иногда при этом больной слышит несколько слов, относящихся к его действиям, к его мыслям. Эти замечания приводят больного в состояние тревоги. Он слышит: «Не уйдешь, не уйдешь», «Сегодня будет несчастье» и т. д. Голоса то угрожают, то укоряют в чем-то, то приказывают ему и руководят его поступками. Стоит больному о чем-нибудь подумать, как сейчас же слышится возражение. При длительном существовании галлюцинаций больной может привыкнуть к ним, примириться с ними. Слуховые галлюцинации могут также проявляться в форме различных звуков, шумов (гудки, звонки, крики и т. д.). Некоторые больные жалуются на то, что голоса раздаются у них в голове. Нужно еще отметить так называемые повелительные галлюцинации, под влиянием которых больной может совершать внезапные и непонятные для окружающих поступки. Он подчиняется этим повелительным галлюцинациям автоматически. Слуховые галлюцинации чаще всего наблюдаются при шизофрении и при затяжных алкогольных галлюцинозах.

Зрительные галлюцинации встречаются реже, и обычно они не столь продолжительны, как слуховые, которые могут держаться годами. Очень ярко бывают зрительные галлюцинации у алкоголиков при так называемой белой горячке. Им видятся звери, чудовища, вещи преобразаются, все быстро сменяется, одна картина следует за другой. Зрительные галлюцинации наблюдаются, главным образом, при разных формах расстройства сознания, при острых психозах.

Больной А. рассказывал после выздоровления, что вначале появились перед ним какие-то движущиеся тени, потом послышалась музыка под окном. Вдруг что-то шлепнулось на пол в угол комнаты и оттуда раздался голос: «Лунь-подлунь, равняйся-подравняйся». Он улегся, закрылся с головой, но тут под одеялом почувствовал постороннее тело. Он отбросил одеяло и увидел мышь, запутавшуюся в складках. Он ее хватал, накрывал одеялом, прижимал к кровати, но она исчезала и появлялась в другом месте. Затем он увидел жену, сидевшую на

стуле, позвал ее, но она не откликнулась. Он ближе подошел — никого нет. Тогда он решил идти в больницу, открыл дверь, но не мог двинуться вперед, — прямо на него были направлены пики. Потом перед ним одна за другой появлялись глубокие ямы. «Ляжешь, вытянешь руку, чтобы ощупать землю и пойдешь дальше».

В состоянии измененного сознания больным могут представляться яркие, величественные картины, иногда приводящие их в состояние болезненного экстаза, вдохновения или страха.

Обонятельные и вкусовые галлюцинации встречаются еще реже. Они проявляются, главным образом, в ощущении отравляющих газов, неприятных запахов. Особый привкус пищи убеждает больного в том, что к ней подмешан яд. В связи с этим наблюдаются отказ от пищи, недоверие к окружающим, всякие предосторожности. Обонятельные галлюцинации проявляются и в том, что больные воспринимают дурной запах, будто бы исходящий от них самих, из чего они заключают, что заживо разлагаются. Один больной студент жаловался на то, что от него распространяется на всю палату дурной запах. Из деликатности и из жалости к нему окружающие якобы не замечают этого, но он видит, что санитарки по ночам становятся бледными, их тошнит, они открывают окна, но и это плохо им помогает.

Судебно-психиатрическое значение галлюцинаций заключается в том, что галлюцинации нарушают правильное отношение к внешнему миру и могут вести к действиям, представляющим общественную опасность. Эти действия почти во всех случаях связаны с бредовым толкованием действительности. Более самостоятельное значение имеют повелительные (императивные) галлюцинации. Они ведут к действиям, лишенным каких-либо мотивов, даже бредовых.

Так, например, в институт был доставлен больной, работавший в паровозном депо. Однажды он услышал голос, требовавший немедленно мчаться на паровозе к станции, где проживали его родные. «Скорей, скорей!» — торопил его голос. Он автоматически подчинился, вскочил на паровоз, стоявший на парах, и с большой скоростью повел его вперед. Он мчался, не думая о последствиях, а по этому же пути шел навстречу скорый поезд. Только находчивость стрелочника одного из полустанков, направившего паровоз в тупик, предотвратила тяжелое крушение. Паровоз был поврежден, а больной был ранен.

У некоторых больных, находящихся в состоянии, казалось бы, полной безучастности к окружающему, под влиянием императивных галлюцинаций наблюдаются внезапные и немотивированные агрессивные действия.

В судебно-психиатрической практике приходится встречаться с устрашающими галлюцинациями, возникающими у не-

которых
даемого
ворят ему
будто на
других а
изменени
и т. д.

Други
являются
коренным
нему мир
ного гла
никакому
от самог
Бре
ной види
тожить,
прибегаю
следы»,
враги на
больной,
дит под
санитаро

Бре
преследо
ния бо
имеюще
шепчуш
Услыши
он види
шения
Бре
же общ
черты
больны
щие во
ственны
вать бу
мысли.

В М
мощи.
дебный
крупны
произв
ключан

которых лиц вследствие тяжелого переживания ареста и ожидаемого приговора. Больному слышатся выстрелы, голоса говорят ему: «Идут за тобой» — он слышит звон ключей, за ним будто наблюдают в щелку, ему слышатся крики о помощи других арестованных. Эти галлюцинации обычно исчезают при изменении условий содержания, при направлении в больницу и т. д.

2. Бредовые идеи

Другим частым симптомом душевного расстройства являются бредовые идеи. Это ошибочные суждения, коренным образом изменяющие отношение больного к внешнему миру и к самому себе. Они приобретают в психике больного главенствующее, подавляющее положение и не поддаются никакому влиянию со стороны, никаким доводам, а зависят от самого течения болезни.

Бред преследования заключается в том, что больной видит себя окруженным врагами, имеющими целью уничтожить, отстранить его. Чувствуя постоянную угрозу, больные прибегают к мерам предосторожности, стараются «замести следы», но неизбежным образом каждый раз оказывается, что враги нашли новые средства и пути для преследования. Так, больной, помещаемый в больницу, уже на следующий день видит подозрительных для него соседей по койке, «подставных» санитаров, видит признаки вновь организованной слежки.

Бред отношения находится в близкой связи с бредом преследования и часто неотделим от него. При бреде отношения больной истолковывает все происходящее вокруг, как имеющее отношение к нему, к его личности. Увидит он группу шепчущихся людей — ему кажется, что они шепчутся о нем. Услышит он смех, ему кажется, что смеются над ним. Всюду он видит подмигивания, обращает внимание на «имеющие отношение к нему» покашливания, движения, намеки.

Бред физического воздействия относится к той же общей группе бреда преследования, но имеет своеобразные черты и важное практическое значение. Здесь имеются в виду больные, чувствующие себя под влиянием гипноза, испытывающие воздействие на них электрического тока, радиоволн. Собственные действия кажутся им внушенными со стороны, кроются будто заряжена током, невидимые лучи действуют на их мысли.

В Москву из провинции приехала девушка в поисках помощи. Она обратилась в институт, рассматривая его «как судебный орган в медицине». Жалоба ее сводилась к тому, что крупные психиатры Москвы, фамилии которых она назвала, производят еженощно мучительные опыты над ней: они выключают и включают, парализуют и активизируют деятельность

ее мозга. Больная допускает, что эти опыты, может быть, имеют большое научное значение, она даже согласна подвергаться им впредь, но просит только об одном: пусть профессора назначают определенные часы, когда они будут производить над ней опыты, иначе ее это истощает и приводит в полное бессилие. Девушка эта убежденно просила ей помочь, не допуская и мысли о том, что она больна.

Ипохондрический бред проявляется в переживании болезней, не имеющих в действительности места, которые, однако, кажутся тяжкими, неизлечимыми. Опыт и время ничего в этом отношении не изменяют. Больной непрерывно указывает, что у него проваливается нос, что рак разрушает его внутренности, что ему остался месяц жизни, но проходит год, и ничто его не убеждает в противоположном. Ипохондрические идеи выражаются нередко в бесконечных, иногда сменяющихся жалобах на неприятные ощущения в сердце, легких, в спине, в ногах, в голове и т. д., причем объективное исследование никаких отклонений от нормы не обнаруживает.

Больной М. убеждает врача, что ему необходимо сделать операцию, проверить «все легкие и желудок», а потом, «как мясники делают, отрубить плохой кусок». «Вылечите меня. Может быть у меня какое-то животное внутри, гадость какая-то сидит там. Этого я не знаю. Пусть врачи скажут. Когда я поправлюсь, эта гадость внутри меня тоже поправляется, все равно как у женщины в середине ребенок... Когда ляжешь на одну сторону, другая сторона делается холодная... Я не могу доверять вашему питанию, потому что оно отражается плохо».

Этот больной, убежденный в том, что его отравляют, покушался на убийство двух членов семьи, которые, по его мнению, были заинтересованы в его гибели.

Бред величия проявляется у больного в повышенной самооценке, которая принимает нередко нелепый характер. Бред величия может быть связан с бредом преследования и отчасти из него вытекает. Выводы больного приблизительно таковы: мной очень интересуются, от меня хотят избавиться, следовательно, я значительная персона. В других случаях бред бывает связан с благодушно-веселым, приподнятым настроением и слабоумием, в результате чего бред приобретает нелепый характер.

Больной Р. говорит: «Я хочу поставить здесь человека с револьвером, чтобы он расстрелял всякого, кто произведет шорох. Почему вы смеетесь? У меня стальная грудь, я могу 30 минут быть под водой и идти на 500 сажен на дно. Я хочу, чтобы температура у меня была 51 градус и даже 60. Из наших городов я сделаю американского типа крепости, я выброшу на это 60 миллиардов. Я построю себе гранитный памятник в 100 миллионов рублей. Вся профессура будет любоваться. Я могу прыгать с третьего этажа. Если я хочу, я закидаю

вас золотом. Ничего подобного в мире еще не было. Я могу стоять на крайнем севере при 100 градусах мороза раздетый».

Судебно-психиатрическое значение бредовых идей очень велико. Это само собой понятно, так как бредовые идеи легко занимают доминирующее положение в психике больного и создают резко неправильное отношение к окружающему миру.

Через судебно-психиатрическую экспертизу, кроме больных описанного типа, проходят еще и некоторые другие группы, на которых здесь необходимо остановиться. Можно было бы привести ряд примеров, относящихся к преступлениям, совершаемым лицами, охваченными патологической убежденностью в громадном значении для человечества их изобретений. Отсутствие достаточных знаний, наивность системы доказательств обычно характерны для этих людей. Отрицательные отзывы экспертов только убеждают их в том, что людям науки невыгодно их изобретение, что те хотят выиграть время и заимствовать идею. Так например, юноша из далекой деревни с целью поразить мир своим изобретением вечного двигателя совершает ограбление церкви, затем покушается на жизнь начальника почтового отделения, чтобы получить деньги для поездки в Москву. Эти больные, изобретающие вечные двигатели, самоуправляющиеся велосипеды, неслыханной силы телескопы и пр. проявляют иногда поразительную настойчивость, не угасающую на протяжении всей жизни. Они добиваются того или другого в различных ведомствах, иногда действительно получают некоторые суммы для производства опытов, объявляются затем мошенниками, привлекаются к ответственности и наконец попадают в психиатрическую больницу.

С такой же неиссякаемой настойчивостью, отвлекая многих работников судебных и контрольных органов от дела, с такой же убежденностью в своей правоте действуют больные с сужатым бредом. Они не прекращают возбуждать судебные дела, постоянно заявляют отводы составу суда, добиваются кассации, пишут в газеты, в высшие учреждения. Они добиваются восстановления своих поправленных прав, вовлекают в круг обвиняемых ими все большее число лиц, во всех неудачах видят происки врагов.

В судебно-психиатрической практике приходится встречаться с преступлениями, совершаемыми вследствие бреда ревности. В этом отношении типичен больной К. Уходя из дому, он запечатывал сургучом наружную дверь, чтобы никто не мог проникнуть к его жене. Не доверяя ей, на ночь пришивал свое белье к ее белью нитками. Приходя к ней на службу, он вел наблюдение за ней через специально сделанное в двери отверстие. Когда она находилась на излечении в больнице по внутренним болезням, он вечера просиживал на пожарной лестнице против окна второго этажа, подозревая врача

в ухаживании за ней. К патологической бредовой ревности склонны и некоторые алкоголики.

3. Расстройства памяти

Память складывается, во-первых, из способности запечатлеть то, что служит объектом восприятия, во-вторых, из способности удерживать, сохранять воспринятое, наконец, из способности воспроизводить то, что было запечатлено и удержано.

Наиболее яркие примеры прогрессирующего ослабления памяти дают органические заболевания мозга. Грубые расстройства памяти приводят к полной неспособности что бы то ни было удержать в памяти. Больные с органическим заболеванием мозга часто не могут сообщить, например, был ли уже обед, что подавалось к обеду, когда посетили их родственники (хотя свидание с ними было час назад). Дело доходит до утраты больным всего запаса знаний. Такие глубокие расстройства памяти большого судебно-психиатрического значения не имеют, так как эти лица редко совершают преступления и редко являются объектом экспертизы.

При старческих заболеваниях, при артериосклерозе отмечается в первую очередь ослабление памяти на текущие события при относительной сохранности воспоминаний о событиях далекого прошлого.

Иначе обстоит дело с провалами памяти (амнезия). При них наблюдается полное или частичное выпадение из памяти событий, относящихся к какому-либо определенному времени. Так например, после глубокого опьянения, после резкого душевного волнения могут быть утрачены воспоминания об отдельных фактах и о самих переживаниях. После ранения головы также наблюдаются выпадения из памяти, причем иногда не только событий, непосредственно связанных с ранением, но и предшествовавших ему. Забвение прошедшего, таким образом, может захватить и тот период, когда человек действовал в спокойных условиях, при ясном сознании.

Так например, один почтовый работник, выезжая из села с деньгами, пересчитал их, расписался в получении, оседлал лошадь. Через час после выезда он подвергся нападению, был ограблен и получил сильный удар рукояткой револьвера по голове. Он лишился сознания, а затем не мог вспомнить не только того, что подвергся ограблению, но и всего предшествовавшего нападению в этот день. Он отрицал и то, что был в селе, где получил деньги, и то, что выезжал оттуда с ними, хотя ему предъявлена была его расписка.

Характерно, что спустя некоторое время, понемногу восстанавливая в памяти происшедшее, он уже мог описать нападение и даже опознал грабителей, которые ему были предъявлены и сознались в преступлении.

ревности
ти за пе-
во-вторых,
наконец,
ило запе-
бления па-
расстрой-
бы то ни
олеванием
уже обед,
ники (хотя
до утраты
йства па-
не имеют,
и редко
озе отме-
щие собы-
событиях
(амнезия).
ие из па-
ному вре-
е резкого
ия об от-
нения го-
м иногда
ением, но
им обра-
ействовал
из села
оседла
нию, был
ра по го-
мнить не
дшество-
что был
с ними,
восстана-
падение и
ны и со-

После приступов болезни, связанных с расстройством сознания, могут оставаться отрывочные воспоминания, относящиеся ко времени заболевания. Осколочные, отрывочные воспоминания нередко наблюдаются и после так называемых исключительных состояний.

Наибольшее судебное значение могут иметь неправильные воспоминания. При этом речь идет о добросовестном заблуждении свидетелей, которое легче всего возникает у внушаемых субъектов, особенно в случаях умственной неполноценности. Воспоминания таких людей могут быть объективно ложными и вместе с тем субъективно правдивыми.

В судебно-психиатрической практике часто приходится иметь дело с испытуемыми, которые ссылаются на полное забывание того, что связано с совершенным ими преступлением. Обычно на это указывают обвиняемые, совершившие преступление в состоянии алкогольного опьянения или аффективного возбуждения. К таким заявлениям необходимо относиться достаточно критически, так как ссылка на амнезию — наиболее легкий путь самозащиты, к которому испытуемые нередко прибегают.

4. Расстройства мышления и интеллекта

Мышление человека служит обобщению опыта, установлению объективных закономерностей. Наблюдающиеся при различных душевных заболеваниях расстройства мышления лишают человека способности обобщать опыт, правильно оценивать многообразные явления окружающего мира.

Начнем рассмотрение расстройств мышления с так называемого заторможения мышления. Оно наблюдается при утомлении, при депрессивном состоянии, при различных психических расстройствах, ведущих к обеднению психической деятельности. В таких случаях мысли у больного протекают вяло, медленно, происходят остановки, паузы.

Противоположное по темпу расстройство мышления выражается в его ускорении, достигающем иногда до «скачки идей» (например при маниакально-депрессивном психозе). Мысль перескакивает с одного на другое, ни на чем не задерживаясь. Каждое новое впечатление увлекает мысль на новый путь.

«Довольно издеваться, — говорит больная, — почему вы собрались здесь? Вон санитарка смеется, у нее дома семья, а ей здесь голову провалят. Про Валю нечего мне говорить, пусть придет только. Доктор, я сочиняю стихи, мне некого любить. Полюбите меня, я красивая. Прежде устраивали конкурсы красоты. В окнах манекены — только уродство одно. Я шью сама, мне ателье не нужны. Дома лежит отрез бостона. Люди веселятся, во всех кино танцуют бостон. Когда рвется фильм, можно поцеловать соседа».

В приведенном примере можно легко уловить выпущенные звенья. Укороченные поверхностные связи ведут к нарушению стройности и последовательности мыслей. От названия материи больная легко соскальзывает к мысли о танце вследствие внешнего созвучия слов. Так же следуют слова «провалят», «про Валу».

Иначе протекает разорванность мышления, характерная, например, для некоторых случаев шизофрении. Здесь уже дело не в поверхностных связях, а в логических разрывах, в парадоксальных сочетаниях идей. Мышление при этом изменяется качественно, и не за счет темпа, как это можно было видеть выше. В некоторых случаях за своеобразием выражений и сочетаний все же удается уловить некоторую мысль, иногда же дело идет о нелепых сочетаниях слов, бессмысленно следующих одно за другим.

Больной пишет такое заявление:

«В силу достоверных и неопровержимых документальных данных о получении насущного и переводу мощного, которые могут быть характеризованы как получение при закрытых герметически ушах двух с половиной под нос фиг, я остаюсь полностью и черезчур малодовольным и осмеливаюсь, набравшись храбрости, наступивши на правое дыхательное сердце, остаться без сестры Пашки Туберкульской и совершенно потерять имя ее».

Укажем еще среди особенностей болезненно измененного мышления на обстоятельность, склонность к детализации, свойственную преимущественно эпилептикам и некоторым больным с органическим поражением мозга. Больные, проявляющие эти черты мышления, увязают в подробностях, к конечному пункту рассказа идут медленно, пробираясь сквозь множество ненужных и только загромождающих мысль деталей. Все им кажется одинаково существенным, они плохо отличают главное от второстепенного. При этом, однако, мысль не теряется и рассказ последовательно ведет к конечной цели.

Приведем выдержку из рассказа эпилептика о том, как он застал жену в объятиях своего знакомого.

«Подхожу к дому, вытираю ноги, все честь-честью. Думаю — выпью чайку, согреюсь. Ищу я ключ, сунул руку в один карман — нет, сунул в другой — где же это он запропастился? Достаяю я ключ. Думаю — дома никого нет. Жена утром пошла на рынок, там делов ей на целый день. («Вы покороче» — просит больного врач). Сейчас доскажу. Я вставил ключ, никак не повернешь. Тыфу ты, чорт, может, не тот ключ? Вытащил я его, смотрю — тот самый. («Рассказывайте короче» — просит врач). Тут я толкнул дверь, а она вовсе открыта. Может вор забрался».

Под влиянием различных приобретенных болезненных расстройств и вследствие врожденного недоразвития определенных

психических функций наблюдаются также различные степени нарушения интеллекта. При врожденном слабоумии интеллект всегда недостаточен. При приобретенном слабоумии ранее нормальный интеллект под влиянием болезненного процесса (прогрессивный паралич, эпилепсия, шизофрения и т. д.) разрушается.

Различие в картине слабоумия при врожденном и приобретенном дефекте выражается в следующем. Интеллект у врожденно слабоумного мало развивается, в целом уровень его знаний низок, примитивен. При слабоумии приобретенном картина другая — здесь запас отдельных сведений, даже структура речи показывают, что больной был интеллектуально богаче; наряду с ответом, свидетельствующим о глубоком слабоумии, о психическом распаде, от больного можно услышать отдельные замечания, являющиеся осколками прежних знаний и прежней способности суждения.

В судебно-психиатрической практике затруднения возникают в случаях симуляции слабоумия или, что также нередко встречается, аггравации, преувеличения интеллектуальной недостаточности, действительно присущей испытуемому.

Ниже, в главе «Психогенные реакции», рассматривается так называемая псевдодеменция, т. е. ложное слабоумие, выражающееся в изображении полной утраты простейших знаний.

5. Расстройства эмоциональной жизни

Эмоции (чувства) выражают наше отношение к внешнему миру и наше внутреннее состояние. Эмоции могут выражаться в чувстве приятного или неприятного (удовольствие, неудовольствие, радость, печаль, страх и т. д.). Роль эмоций в нашей жизни велика. Расстройства эмоциональной жизни приводят иногда к значительным нарушениям общего психического состояния.

Повышенное настроение, достигающее патологической степени, проявляется у больных в немотивированно радостном состоянии, в живости, в усиленном реагировании на все происходящее вокруг. Течение мыслей при этом ускоренное. Больной непоседлив, проявляет непродуктивно возросшую склонность к деятельности. Он переоценивает свои силы и возможности, склонен во все вмешиваться, охвачен различными планами. В такой крайней степени это состояние носит маниакальный характер, т. е. проявляется в повышенном самочувствии, связанном с возбуждением всех психических функций. У больных другого рода, например при органических поражениях центральной нервной системы (см. «Прогрессивный паралич»), немотивированно веселое, радостное настроение приобретает характер благодушия и сочетается с явлениями слабоумия. В таких случаях говорят об эйфории.

Пониженное, подавленное состояние, достигая патологической степени, приводит к преувеличению мрачной оценки действительности, сопровождается замедлением психической жизни, иногда ведет к попыткам на самоубийство. Такого рода депрессивные состояния (наиболее типично они выражены при маниакально-депрессивном психозе) могут возникать без видимых внешних причин, в силу самостоятельно развивающегося эндогенного болезненного процесса, но они также могут возникать как реакция, происхождение которой удастся проследить.

Эмоциональные расстройства встречаются при различных душевных заболеваниях в виде чувства тоски, тревожности и беспокойства, тяжелого состояния страха, беспричинного чувства радости, счастья.

Мучительным бывает возникающее в других случаях чувство отмирания всех душевных интересов, чувство угасания, эмоциональной пустоты (не всегда, правда, больные тягостятся этим состоянием, особенно в далеко зашедших случаях). У больных исчезает реакция на внешние события, чувство привязанности к близким, исчезает теплота, душевность в отношении всего, что раньше будило разные чувства. Иногда это ведет при известных внешних условиях к аморальности, к легкой фиксации всякого рода отрицательных навыков.

При органических поражениях центральной нервной системы может быть отмечена большая эмоциональная неустойчивость. Она проявляется в возбудимости, в быстрых переходах от слез к смеху, в слабодушии.

Большое судебно-психиатрическое значение имеет так называемая повышенная эмоциональная возбудимость. Экспертизе подвергается большое число лиц, совершивших преступление в состоянии сильного душевного волнения, под влиянием внезапной вспышки гнева и пр. Эти лица, легко возбуждаясь, склонны давать бурные эмоциональные разряды. Одни из них быстро успокаиваются, искренно раскаиваются в совершенном поступке, другие долго сохраняют гневное настроение, затаивают мстительные чувства. Обычно такого рода эмоциональная взрывчатость возникает вследствие недостаточного развития задерживающих, тормозящих импульсов. Правильное воспитание в семье и положительное влияние окружающей среды своевременно создают эти тормозы, научают регулировать свои внешние проявления. Воспитание, даже позднее, может привить дисциплинирующие навыки. Ввиду этого эмоциональная возбудимость не может являться основанием для признания человека невменяемым. Иное дело, если в ее основе лежит душевное заболевание. Тогда центр тяжести судебно-психиатрической оценки переносится на это заболевание.

В судебно-психиатрической практике часто приходится встречаться с различными видами эмоциональной реакции, возникающими в связи с арестом и неблагоприятной ситу-

ацией. Ад-
таково наиб-
тивных состо-
торых случа-
кого переж-
нальной жи-
душевной

Инстинк-
активность

В резул-
действия л-
вается сис-
приобретает-
В этом про-
бенка опре-
не целенап-
зом, воля
гается, ус-

Расстро-
нии, в ус-
в ослаб-

Усил-
ном стрем-
рода при-
могут сид-
тливый, под-
смотря на-
сопровожд-
повышенн-
ко всем,
ходящих,
Повышен-
у крайне
стоятельн-
производ-
одеяло,
лицо, спо-

Осла-
безволии
сознают,
ствие, но
обходим-
ность д-
приказы

ацией. Аффект тоски, страха, гнева, состояние депрессии — таково наиболее частое эмоциональное содержание этих реактивных состояний (см. главу «Психогенные реакции»). В некоторых случаях, главным образом под влиянием внезапного резкого переживания, может наступить временный паралич эмоциональной жизни, т. е. состояние полного безразличия, чувство душевной пустоты, без каких-либо интересов и побуждений.

6. Расстройства воли

Инстинктивные проявления, жизнеспособность организма, его активность составляют биологическую основу воли.

В результате приобретенного опыта и длительного взаимодействия личности и окружающей среды у человека вырабатывается система регулирования своих побуждений, влечений, приобретается способность к действиям целенаправленным. В этом проявляется сознательная воля человека. Действия ребенка определяются инстинктивными побуждениями, они носят не целенаправленный, а рефлекторный характер. Таким образом, воля человека, по мере его социального развития, передвигается, условно говоря, от инстинктивной к сознательной.

Расстройства воли сказываются в болезненном преобладании, в усилении инстинктивных, рефлекторных актов или же в ослаблении волевых импульсов.

Усиление импульсов внешне проявляется в повышенном стремлении к деятельности, к движению. Больные такого рода при повышенном стремлении к деятельности ни минуты не могут сидеть спокойно, они все время что-то предпринимают, суетливы, подвижны, не испытывая при этом никакой усталости, несмотря на то, что состояние физически изнурительно для них и сопровождается иногда плохим сном, недостаточной едой. При повышенном стремлении к движению больной бежит, пристает ко всем, что-нибудь трет, ломает, рвет, хватается за руки проходящих, плюется, пересаживается с места на место и т. д. Повышенное стремление к движению можно иногда наблюдать у крайне истощенных больных, которые уже не могут самостоятельно передвигаться, но, оставаясь в постели, все время производят движения дрожащими руками, сворачивают жгутом одеяло, отрывают край простыни, трут себе грудь, руки, лицо, сползают на пол, хватают за ноги других больных и т. д.

Ослабление волевых импульсов выражается в безволии, в утрате больным побуждений к действию. Они часто сознают, что нужно встать, умыться, выполнить то или иное действие, но это так и остается как бы отвлеченным сознанием без необходимости. Они остаются в постели, так как утратили способность действовать по собственной инициативе, они не могут приказывать сами себе. Но если им дано приказание со сто-

роны, они иногда выполняют его, так как внешнее побуждение становится на место внутреннего: импульс получен, и действие может быть произведено. Состояние неподвижности, бездеятельности, отсутствие реакции на внешний мир наблюдаются при так называемом ступоре.

Навязчивые действия, мысли, желания сопровождаются чувством их насильственности для личности, воспринимаются больными как чуждые, неотвязные. Эти навязчивые действия, мысли, желания имеют для самого больного необъяснимый, нелепый характер. Некоторые больные без всякого повода испытывают внезапную потребность громко выругаться, чувствуют желание броситься с высоты, нанести удар случайному встречному или считать свои шаги, прикасаться к разным предметам и т. д.

Большое судебно-психиатрическое значение имеет внушаемость, чрезмерная подверженность чужому влиянию. Она наблюдается чаще всего как проявление психической незрелости. Повышенная внушаемость детей с возрастом уменьшается. Она сохраняется у людей особого склада, проявляющих некоторую детскость в зрелые годы, у людей с чрезмерно большой ролью эмоций в их действиях и решениях. Общеизвестна большая внушаемость истеричных субъектов. В послевоенные годы приходилось наблюдать, как больные травматическим неврозом заражают друг друга своими болезненными проявлениями. Например, достаточно было, чтобы в одном месте больничного отделения у травматика появился припадок «с командованием», как из других палат ему уже отвечали тем же и несколько человек одновременно билось в припадке, сопровождающемся выкриками команды. Внушаемость бывает очень велика у прогрессивных паралитиков, которые иногда готовы согласиться с любым нелепым предложением. Наибольшей осторожности в смысле достоверности показаний требует оценка сообщений умственно неполноценных личностей, которым как со стороны, так и в процессе допроса легко могут быть внушены неверные показания (о внушаемости несовершеннолетних см. главу «Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних»).

Своеобразную картину подчиняемости наблюдают у некоторых душевнобольных. Они застывают в любой приданной им позе, как бы ни была она неудобна и бессмысленна. Это состояние называют восковой гибкостью.

Поведение, противоположное внушаемости, называют негативизмом. При этом больной всему сопротивляется. Подчас для того, чтобы добиться от него чего-нибудь, нужно просить его сделать противоположное.

С больным П. врач ведет следующий разговор:

— Сядьте.

— Нет, я постою.

— Ну, с
— У вас
— Курит
— Хочу
Больной
и шумно, в
— Поку
— Боль
Больной
закуривает
Большое
так называ
ных услови
в действие
не допуска
побуждени
общества,
точно сил
Иногда же
вается, пр
от исхода,
борьба мо
действиях
тивов нет
явление
переход
состояния
У душ
ствия, ин
лежавший
мирного и
свое мест
В резу
ливаю т
Влечен
усиливает
испражне
защите, и
становитс
ным: бол
при прик
ипохондр
депрессия
всячески
являя пр
следят. С
ножку к
больной,

— Ну, стойте.

— У вас хорошие стулья, удобно сидеть (садится).

— Курить хотите?

— Хочу.

Больной берет папиросу, всовывает ее в рот до половины и шумно, выдувая, выплевывает.

— Покурил, — говорит он.

— Больше я вам не дам. Няня, подберите папиросу.

Больной вскакивает и хватает папиросу. На этот раз он закуривает ее.

Большое судебно-психиатрическое значение имеют так называемые импульсивные действия. В нормальных условиях всякое побуждение, до того как оно переходит в действие, оценивается сознанием, т. е. допускается им или не допускается. При этом происходит борьба мотивов. Если побуждение противоречит интересам личности и требованиям общества, а сопротивление противостоящих мотивов достаточно сильно, то это побуждение не переходит в действие. Иногда же оно оказывается настолько сильным, что прорывается, приобретает непреодолимый характер. Но, независимо от исхода, в обоих этих случаях имеет место предшествующая борьба мотивов. Когда же речь идет об импульсивных действиях в собственном смысле этого слова, то борьбы мотивов нет, возникшее побуждение, опережая появление противостоящих ему мотивов, сразу переходит в действие (см. главу «Исключительные состояния»).

У душевнобольных наблюдаются также импульсивные действия, иногда с непонятной мотивацией. Больной, много дней лежавший неподвижно, вдруг вскакивает и бьет своего соседа, мирного и тихого больного, затем спокойно возвращается на свое место.

В результате душевных заболеваний влечения то усиливаются, то ослабляются, то извращаются.

Влечение к еде у одних больных исчезает, у других резко усиливается (обжорство), у третьих извращается, — они едят испражнения, червей, гусениц, пьют мочу. Стремление к самозащите, к устранению опасностей (инстинкт самосохранения) становится при некоторых реактивных состояниях карикатурным: больной резко вздрагивает от малейшего шума, пугается при прикосновении, прячется, кричит. Сюда относятся также ипохондрическая тревожность, мнительность. При тяжелых депрессиях как бы исчезает инстинкт самосохранения. Больные всяческими способами делают попытки покончить с собой, проявляя при этом большую изобретательность, если за ними следят. Они пытаются удавиться полотенцем, руками, ставят ножку кровати на горло. В одной из больниц такого рода больной, испробовавший все средства самоубийства, в том

числе длительный отказ от пищи, разбил стекло в окне уборной, вспорол себе осколком стекла живот, запахнулся в халат и вернулся на койку. Под одеялом он вытащил из вспоротого живота кусок кишки, разрезал ее и тогда сказал санитару: «Теперь меня не спасете».

Только что перечисленные расстройства имеют длительный характер. Необходимо отметить и другие нарушения, возникающие время от времени, — это импульсивные влечения.

К повторяющимся импульсивным влечениям относятся влечение к поджогам (пиромания), влечение к кражам (клептомания) и т. д. Учитывая подчас непреодолимый характер побуждения, ведущего к этим или другого характера действиям, прежде в подобных случаях говорили об импульсивном помешательстве. Термин этот ныне оставлен. Чрезвычайно редко также приходится иметь дело с подлинной пироманией и клептоманией. Значение и частота этих импульсивных влечений явно переоценивались.

Аномалии полового влечения также проявляются в усилении его, в ослаблении, в извращениях.

Укажем некоторые виды сексуальных извращений.

Онанизм (мастурбация) распространен широко в детском и юношеском возрастах. К онанизму прибегают нередко и вполне здоровые подростки без того, чтобы это сколько-нибудь отразилось на их нормальном половом развитии в дальнейшем. Онанизм является проявлением сексуальной психопатии тогда, когда он становится прочной формой полового удовлетворения, в некоторой мере самоцелью и связан с выраженным аутоэротизмом (половое влечение, направленное на самого себя). В этих случаях онанизм может упорно держаться до позднего возраста.

Выраженный аутоэротизм является компонентом, или основой, также ряда других половых извращений. Таков, например, эксгибиционизм, выражающийся в стремлении обнажать перед лицами другого пола свои половые органы.

Фетишизм выражается в болезненном направлении полового влечения на определенную часть тела, на предметы, играющие в воображении фетишиста самодовлеющую роль и являющиеся обязательным условием получения полового удовлетворения. Чем больше оторван фетишизируемый признак от живого объекта влечения, тем ярче выражена патология. Ясным проявлением последней становится фетишизм, направленный на неодушевленные предметы, у мужчин главным образом на части женского туалета (туфли, чулки и пр.). Возможны кражи, попытки снять, например, туфли с незнакомой женщины, даже убийства с целью таким путем добыть желаемую часть туалета (здесь фетишизм сочетается с садизмом). В Москве известен случай, когда извозчик совершил с этой

целью ряд
коллекцию
гается в по
созерцанием
зрительное
ляции). В
обоняние.

Садизм
тающееся с
чения боли
причиняемун
явления одн
менно. Форм

Одним
щееся «нас
сопровождая
так называе
острых пред
и получающ

Гомосексуальность
и не требу
обычно воз
роны привы
может явит
влечения, т
большое ра

Педофилия
кам — встре
с привлечен
малолетних
вой слабос
моментов. И
при артери
с периодом

Еще мо
Судеб
вращений
вых извра
может слу
тогда, ког
вающих пр
(например
и т. д.).

Психопатия
вые извра
же, как и
ности»), т.

целью ряд убийств и создал таким кровавым путем целую коллекцию фетишей. Обычно половое удовлетворение достигается в подобных случаях одновременным онанированием и созерцанием возбуждающего предмета. Иногда одно только зрительное восприятие приводит к половому разряду (эйякуляции). В некоторых случаях при этом играет роль обоняние.

Садизм и мазохизм — половое удовлетворение, сочетающееся с наслаждением в причинении объекту своего влечения боли (садизм), или стремление самому испытывать боль, причиняемую другим лицом (мазохизм). Эти полярные проявления одного и того же ряда встречаются иногда одновременно. Формы садизма и мазохизма весьма различны.

Одним из проявлений садизма является редко встречающееся «наслаждение убийством» (Lustmord), которое может сопровождаться половым актом с убитой. Далее, встречаются так называемые подкалыватели, наносящие с помощью острых предметов небольшие ранения незнакомым женщинам и получающие при этом половое удовлетворение.

Гомосексуализм — извращение достаточно известное и не требующее особых пояснений. Влечение к своему полу обычно возникает вследствие развращающего влияния со стороны привычных гомосексуалистов. Способствующим моментом может явиться и взаимный онанизм. Формы гомосексуального влечения, типы педерастов, способы общения их представляют большое разнообразие.

Педофилия — половое влечение к детям, к подросткам — встречается в судебно-психиатрической практике в связи с привлечением к уголовной ответственности за развращение малолетних. Она является во многих случаях симптомом половой слабости, которая приводит к поискам возбуждающих моментов. Наблюдается, главным образом, в позднем возрасте, при артериосклерозе, у хронических алкоголиков, совпадая с периодом ослабления мужской потенции.

Еще может быть упомянута содомия — скотоложство.

Судебно-психиатрическая оценка половых извращений в основном сводится к следующему: наличие половых извращений при совершении сексуальных преступлений может служить основанием к заключению о невменяемости тогда, когда эти извращения встречаются у лиц, обнаруживающих признаки той или иной формы душевного заболевания (например, шизофрении, органического поражения мозга и т. д.).

Психопатические личности, обнаруживающие иногда половые извращения, судебно-психиатрически рассматриваются так же, как и прочие психопаты (см. главу «Психопатические личности»), т. е. обычно признаются вменяемыми.

7. Расстройства сознания

Нарушение сознания неизбежно проявляется в неправильном отношении больного к внешнему миру. Оно выражается также в неправильном отношении больного к самому себе. Симптомы расстройства сознания своеобразны и различны. Примером расстройства сознания, свойственного нормальному функционированию нервной системы, является сон и сновидения.

При психических заболеваниях, вызванных острым действием наркотиков (алкоголь и др.), при различных отравлениях (свинец, светильный газ, атропин и др.), при психических расстройствах, вызванных инфекцией (например сыпным тифом), при травмах головы (ранения, сотрясения мозга) часто наблюдаются резко выраженные расстройства сознания. Все перечисленные заболевания относятся к группе экзогенных расстройств. Таким образом, для экзогенных психозов особенно характерным является расстройство сознания. Оно выражается то в состоянии оглушенности, при которой внешние раздражения плохо доходят до сознания больного, а все психические процессы замедленны, то в сновидном (напоминающем состояние сна) расстройстве сознания, сопровождающемся галлюцинациями, бредом, страхами, неправильным пониманием окружающего, то в спутанности сознания, при которой резко нарушается течение психических процессов: мысли отрывочны, восприятия осколочны, высказывания бессвязны, психическая жизнь больного становится как бы хаотичной, причем полностью исчезает понимание им окружающего и своего состояния.

Примером сновидного сознания является нередко наблюдающееся у алкоголиков белогоряечное состояние.

Один из испытуемых, Г., во время такого состояния, находясь в изоляционной комнате, все время хлопотал у своей постели, что-то доставая из кармана. Ему казалось, что в кармане бутылка с водкой. Он откупоривал ее, ставил рядом с ней стаканчики, раскладывал закуску, приглашал собутыльников, готовил попойку. Все это представлялось ему с полной ясностью.

Другой алкоголик пережил в белогоряечном состоянии путешествие на небо, находился там в обществе ангелов, затем попал в зоологический сад, пугался страшных зверей и, наконец, очутился на зеленой лужайке, окруженной цветами и травой. Затем все это исчезло, и он очнулся в закрытой больничной палате.

Из эндогенных психозов наиболее часты расстройства сознания при эпилепсии.

При различных заболеваниях, в том числе и вследствие психических причин (страх, гнев, горе), может возникать так называемое сумеречное состояние. При нем сознание

крайне суж
реживание,
в сознание
целесообра
при сумере
переживани
сивным де
иногда сов
ства, подж
Решение
важным пр
временных
опьянение,
сумеречные
тизмы — см
ные состоя
деятельност
дают основ
расстройств
отчет в со
критерием
или отсутс

крайне сужено, в центре его находится обычно некоторое переживание, причем ничто постороннее, не связанное с ним, в сознание не проникает. Внешне действия могут казаться целесообразными, осознанными. Некоторые больные находятся при сумеречном состоянии во власти фантастических, бредовых переживаний, рождающих радость, страх, стремление к агрессивным действиям и пр. В сумеречном состоянии сознания иногда совершаются тяжелые безмотивные преступления (убийства, поджоги и т. д.).

Решение вопроса о состоянии сознания является особенно важным при судебно-психиатрической оценке так называемых временных расстройств душевной деятельности (патологическое опьянение, патологический аффект, импульсивные действия, сумеречные состояния сознания, различного рода автоматизмы — см. главы «Эпилепсия», «Наркомании», «Исключительные состояния»). Указанные временные расстройства душевной деятельности только тогда (в согласии со ст. 11 УК РСФСР) дают основания для заключения о невменяемости, когда эти расстройства сопровождались неспособностью отдавать себе отчет в совершенных действиях и руководить ими. Основным критерием для установления этих состояний является наличие или отсутствие расстройства сознания.

ГЛАВА VI

ТЕЧЕНИЕ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ДИАГНОЗ И ПРОГНОЗ

При некоторых заболеваниях отклонения от психической нормы (от нормального) носят врожденный характер. Уже с детства отмечается остановка в развитии, в дальнейшем же эта психическая отсталость не прогрессирует. Следовательно, заболевание остается на одном уровне. Оно стационарно. Иногда и приобретенные болезни протекают почти без признаков нарастания (благоприятное, мягкое течение).

В противоположность этому душевные заболевания часто представляют собой картину прогрессирующего расстройства. Болезни, при которых психические нарушения не остаются на одном уровне, а с течением времени углубляются, называются процессуальными.

Разнообразные формы течения с особой ясностью наблюдаются в группе процессуальных заболеваний.

В части случаев при процессуальных заболеваниях наступает выздоровление. Гораздо чаще наблюдается временное улучшение (ремиссия), носящее характер ослабления болезни, причем можно отметить те или иные остаточные симптомы, свидетельствующие о том, что миновавший приступ не прошел бесследно. Эти остаточные симптомы, складываясь в картину стойких психических изменений, называются дефектом. Здесь имеется в виду наступивший дефект личности (например вялость, эмоциональная тупость, ослабление памяти, сообразительности, критических способностей и т. д.). Явления дефекта, иногда легкие, иногда резко выраженные, яснее выступают по прекращении активного периода болезни. Они могут все более нарастать после каждого следующего приступа.

Итак, болезнь может кончиться выздоровлением или привести к стойким изменениям психики. Такое же исходное состояние может наступить не только в результате отдельных острых вспышек заболевания, но и в случаях относительно непрерывного (не сменяющегося ремиссиями), т. е. хронического, течения.

При некоторых формах болезни отмечается периодичность течения. В этих случаях заболевание не протекает хронически. Время от времени, разделенные то долгими, то ко-

роткими промежутками, появляются новые приступы болезни. Создается периодическая (циркулярная) смена болезни и светлых промежутков. Такое течение, наблюдающееся в начале болезни, в дальнейшем может смениться непрерывным, хроническим течением. Ярким примером периодического течения является маниакально-депрессивный психоз, при котором больные неоднократно подвергаются приступам болезни, а затем полностью выздоравливают. При периодическом течении отмечается тенденция болезни проявляться в сходных формах при каждом следующем приступе.

Лечение душевных болезней, проводимое в последние годы все более успешно, в одних случаях облегчает течение болезни, в других приводит к временному улучшению (ремиссии), наконец, в третьих ведет к выздоровлению. Некоторые из наиболее тяжелых заболеваний (прогрессивный паралич, шизофрения) подвергаются лечению с достаточным успехом. При этом устанавливается, что заболевания поддаются излечению в ранних стадиях, если срок не упущен. В дальнейшем же наступают необратимые разрушения в мозгу, и лечение оказывается безрезультатным.

Знание причин заболевания, особенностей его течения и прогноза позволяет определить и форму болезни, т. е. установить диагноз.

Знание причин заболевания (этиология) и особенностей течения позволяет предсказывать дальнейшее развитие болезни, т. е. устанавливать прогноз болезни. Прогноз может быть благоприятным и неблагоприятным. А это имеет решающее значение при судебно-психиатрической экспертизе.

Установление диагноза имеет большое практическое значение. При судебно-психиатрической оценке установление диагноза в значительной мере облегчает и решение вопроса о вменяемости.

ГЛАВА VII

КЛАССИФИКАЦИЯ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

В основу классификации душевных болезней обычно кладутся признаки течения заболеваний и вызывающие их причины. По своему течению различаются две группы душевных заболеваний: прогрессирующие (процессуальные) и не прогрессирующие (непроцессуальные). По лежащим в основе заболеваний причинам они делятся, как это уже указывалось выше, на экзогенные и эндогенные.

К прогрессирующим заболеваниям относятся, в первую очередь, шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич. Не прогрессирующими заболеваниями являются, например, олигофрения, психопатия. Наиболее значительна роль наследственных (эндогенных) факторов при шизофрении, эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе. Наиболее значительна роль экзогенных факторов при травматических психозах, при сифилисе мозга и прогрессивном параличе, при психогенных реакциях.

Принято также отделять собственно душевные заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич и др.) от состояний, находящихся на границе между нормой и болезнью. Сюда относятся психопатии, неврозы, психогенные реакции. Их называют пограничными состояниями. Они большей частью не заключают в себе признаков психоза, их течение обычно связано с внешней ситуацией.

Таким образом классификация болезней, основанная на изучении причин заболевания, его формы, течения и прогноза, исходит из принципов, имеющих большое значение и для судебно-психиатрических оценок. Если, например, в случае психопатии выясняется, что в развитии болезни большую роль играют устранимые экзогенные факторы (в данном случае отрицательное влияние среды, воспитания), что заболевание не относится к числу прогрессирующих, что, наконец, заболевание имеет характер пограничного состояния, а не психоза, то в таком случае испытуемый признается вменяемым.

Шизофре
ных заболе

Крепелин

«раннее сла

была назва

основным

слабоумия,

(от греческ

внутреннего

явлением сл

Этиологи

заболевание

которые х

еще недоста

водит к бо

ной личнос

различна, н

до более н

Согласн

вивается п

щихся в ор

Но при

ность неко

Как сим

весьма раз

наблюдаем

шего. Он

особенной

днями и н

сопротивля

возбуждени

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

ГЛАВА VIII

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения — одно из наиболее распространенных душевных заболеваний.

Крепелин описал особое заболевание под названием «раннее слабоумие». Позднее же Блейлером эта форма болезни была названа шизофренией. Блейлер исходил из того, что основным моментом выступают здесь элементы не столько слабоумия, сколько психической расщепленности (от греческого слова «схидзо» — расщепляю), особого рода внутреннего беспорядка, который может только казаться проявлением слабоумия.

Этиология. Шизофрения представляет собой душевное заболевание с разнообразными формами течения, в основе которых лежит эндогенный процесс, до сих пор еще недостаточно ясный по своей сущности. Процесс этот приводит к более или менее стойкому изменению прежней целостной личности, причем степень этого поражения бывает крайне различна, начиная от легких малоуловимых дефектов психики до более или менее глубокого ее распада и оскудения.

Согласно наиболее распространенному взгляду, болезнь развивается под влиянием каких-то токсинов (ядов), скопляющихся в организме и своевременно из него не удаляемых.

Но при этом имеется часто и унаследованная недостаточность некоторых систем головного мозга.

§ 1. Симптоматика и течение болезни

Как симптомы, так и течение шизофрении представляются весьма различными. В одних случаях с известного момента мы наблюдаем перемену во всем облике и поведении заболевшего. Он становится странным, нелюдимым, живет какой-то особенной жизнью, часто молчит, лежит или сидит целыми днями и неделями, принимая крайне неудобные позы, всему сопротивляется, иногда приходит в состояние беспорядочного возбуждения, с гримасами, с бессвязной речью и разрушитель-

но-агрессивными действиями. В других случаях перемена эта больше всего сказывается в ребяческом, дурашливом поведении, в бессмысленном резонерстве, в циничных выходках и т. п. В третьих, при относительно правильном внешнем поведении больной становится особенно подозрительным, видит кругом себя враждебно настроенных против него лиц, слышит, как они издеваются над ним, чувствует, как проделывают над ним разные эксперименты.

При всем разнообразии отдельных психотических проявлений шизофрении в каждой картине можно усмотреть некоторые основные симптомы болезни. Это прежде всего своеобразное расстройство мышления с отчужденностью от конкретной действительности, с полной иногда отгороженностью от внешнего мира (аутизм), с нарушением единства и целостности личности.

У шизофреников, в отличие от больных с признаками органического слабоумия, сравнительно мало поражаются так называемые формальные способности интеллекта (внимание, наблюдательность, память, суждение). При шизофрении ослабевает главным образом ведущая и регулирующая сила интеллекта, нарушается умение пользоваться имеющимися в распоряжении больного средствами, происходит какой-то разрыв связей во взаимоотношениях между «я» и внешним миром. Шизофреник уходит от действительности в свой, особый мир. Мысли и побуждения появляются у него внезапно, как бы автоматически, часто без всякой связи с действительностью. Оформляются они также своеобразно и малопонятно. Отдельные слова и выражения выплывают подчас без всякого определенного смысла или же с символическим значением, понятным только одному больному. Отсюда разорванность мышления и речи.

Вот образчик речи шизофреника, который при сохранности внешней ориентировки в окружающем во время беседы непрерывно произносит бесконечный ряд фраз, построенных внешне правильно, но нелепых и бессмысленных по содержанию и следующих одна за другой по совершенно непонятным ассоциациям:

«Если теплый воздух скапливается в желудке и кишках, то получается расширение... Хотя у вас халат белый, а вы беднота... Ребенок, если народится, то надо посмотреть избиение младенцев в Палестине. Если избиение есть, то надо иметь больше детей. Ребенок будет расти, надо отдать его высшим властям; к 42 годам он будет знаменитый по формуле $17+18+5=42\frac{1}{2}$. Определение мозговой оболочки не дает ему сообщать. Ваш дом строится ошибочно. Кто эту формулу сделал? Работаю там, где расположена зенитная часть, — место определения части верхушки над головой... Сердечная

деятельность в левой части... Диафрагма есть борьба с капитализмом. Медицина держится на удаве, а удав любит кофе с молоком...»

Со стороны эмоциональной и волевой для шизофреника характерны особого рода тупость и безразличие, отсутствие всякой заинтересованности во внешних событиях, несоответствие чувства и настроения с внешними впечатлениями (больной смеется, например, при виде большого количества трупов на картине). В поведении выступают черты заторможенности, малодоступности и негативизма (противодействие всякой попытке вмешательства в жизнь больного) или же нелепое возбуждение с неожиданным характером поступков и движений, с неестественностью поз и телодвижений, с гримасами, с вычурными манерами, немотивированным смехом. Импульсы возникают сами по себе, неожиданно и бесцельно, также неожиданно появляются и тормозы, прекращающие всякое движение (ступор) и всякую речь (мутизм).

В этом отрыве от действительности и расщепленности отдельных элементов психической жизни заключается основная особенность психики шизофреников.

Наряду с этим для шизофрении характерны галлюцинации, особенно часто слуховые («голоса») и обонятельные, реже зрительные. Бывают многочисленные обманы чувств из области соматических (телесных) ощущений, иногда связанные с каким-нибудь незначительным нарушением функций того или другого органа (ощущение зуда, жжения, боли, колотья в сердце или желудке, разные ощущения в области половых органов). Все указанные обманы чувств у шизофреника обычно тесно связаны с бредовыми идеями, с бредовым толкованием действительности, хотя бред может развиваться и первично, независимо от галлюцинаций. Испытываемые в разных частях тела ощущения шизофреник приписывает влиянию какой-то внешней силы, каких-то посторонних лиц, которые якобы оказывают на него свое воздействие то путем гипноза, то через электричество, магнетизм, через радиоток, через телевидение, то путем систематического отравления или изнасилования.

Критическое отношение к своему заболеванию у шизофреников, как правило, отсутствует. Здесь, как и во всем поведении и во всех высказываниях больного, отмечаются черты двойственности. Он больной и не больным, чаще всего считает себя соматически, а не психически больным, сумасшедшим его якобы хотят сделать лишь его враги.

У шизофреника уживаются одновременно самые разнородные чувства и настроения, беспричинный смех и злоба, любовь и ненависть к одному и тому же человеку. У него появляются иногда побуждения, совершенно исключаящие одно другое: он

хочет и не хочет есть и т. п. В начальном периоде болезни и в наиболее острых случаях больной почти всецело находится во власти своих галлюцинаторно-бредовых переживаний. Поступки его тогда в более или менее полной мере могут определяться зависимостью от бреда и галлюцинаций.

В дальнейшем же течении болезни, при так называемых исходных и дефектных состояниях, бред и галлюцинации теряют свою яркость и динамичность. Больной воспринимает их уже более пассивно и не вплетает их всякий раз в свои реальные взаимоотношения, к которым он, несмотря на болезнь, все же так или иначе приспосабливается.

Больной становится опустошенной, странной и дисгармоничной личностью. Он становится не тем, чем был раньше, что, впрочем, не всеми даже замечается; для посторонних он может казаться иногда и здоровым.

При наиболее злокачественном течении болезни наступают полное оскудение и глубокий распад личности: больной совершенно утрачивает человеческий облик, целые дни проводит в одной позе, становится неряшливым, неопрятным, можно сказать, живым трупом, утратившим всякую видимую связь с окружающей действительностью. Это и есть то, что называется исходным слабоумием. Но и здесь, в отличие от распада личности при слабоумии, каковое наблюдается при органических заболеваниях мозга и в особенности при прогрессивном параличе, больной все же время от времени может обнаружить сохранность своих формальных способностей, подмечая или запоминая те или иные явления в окружающей действительности, на которые, казалось бы, он никак не реагировал. Иногда неожиданно он правильно решает какую-нибудь сложную арифметическую задачу.

Основное, следовательно, в шизофреническом слабоумии заключается не в том, что больной по своей умственной слабости не может поддерживать связь с действительностью, как это наблюдается у слабоумных органиков, а в том, что он по своему негативизму и по своей внутренней расщепленности не хочет реагировать на эту действительность или реагирует совершенно парадоксально, как бы нарочно бессмысленно и вычурно.

Своеобразные особенности психики шизофреников сказываются и в характере совершаемых ими правонарушений, часто совершенно неожиданных и немотивированных или же с резонерской бредовой мотивировкой.

§ 2. Формы шизофрении

Из всего разнообразия психотических картин шизофрении можно выделить четыре основные группы: кататоническую, гебефреническую, параноидную и про-

стую ш
что отчетл
томов др
весьма тр
все эти

1. К

Катато
скими рас
ной, псих
явлениям
ностью, м
тела, прич
в одной
ставить и
время обе
обратно т
гой раз,
восков
угодно по
пассивно
пор, пока
склонны
образных
ходит по
и т. д.),
Больной
перед соб
нами он
с нелепы
без слов,
«словесна
всякой ло

Обычн
ников, не
наблюдат
случайных
часто скл
Такого
попадают
ного прав
Иллюс
ческом пр

И., 25
больницы в
Из соб
доставлен

стую шизофрению, причем заранее следует отметить, что отчетливое отграничение симптомов одной группы от симптомов другой в каждом конкретном случае представляется весьма трудным, тем более что в механизме своего развития все эти симптомы имеют взаимную связь и обусловленность.

1. Кататоническая форма шизофрении

Кататоническая форма охватывает шизофреников с типическими расстройствами, главным образом, в области двигательной, психомоторной. К наиболее ярким кататоническим проявлениям относится состояние ступора с полной неподвижностью, молчаливостью и напряжением мускулатуры всего тела, причем больные продолжительное время лежат или стоят в одной и той же позе, сопротивляясь всякой попытке заставить их что-нибудь сделать (сдвинуться с места, поесть во время обеда, сходить в уборную) и поступая часто как раз обратно тому, к чему их понуждают (негативизм). В другой раз, наоборот, обнаруживаются явления каталепсии, или восковой гибкости. Больному можно придать какое угодно положение (поднять ногу, изогнуть руки и пр.), и он пассивно сохраняет эту иногда крайне неудобную позу до тех пор, пока ему не переменят положение. Больные этого типа склонны к так называемым стереотипиям — повторению однообразных движений (больной прыгает, качается, машет рукой, ходит по одной половице, делает одни и те же гримасы и т. д.), к повторению одних и тех же слов и выражений. Больной повторяет нередко всякое движение, какое видит перед собой, повторяет каждое слово, какое слышит. Временами он приходит в состояние своеобразного возбуждения, с нелепыми и немотивированными движениями, то совершенно без слов, то с непонятной бессвязной речью (так называемая «словесная крошка», выражающаяся в нанизывании слов без всякой логической связи, часто с образованием новых слов).

Обычно все изложенные двигательные расстройства кататоников, непонятные и странные сами по себе для постороннего наблюдателя, в психологии больных, как это выясняется из случайных их высказываний, имеют свое обоснование: они часто склонны объяснять их воздействием посторонней силы.

Такого рода шизофреники с кататоническими симптомами попадают нередко на испытание после совершения импульсивного правонарушения (ранение, убийство и пр.).

Иллюстрацией правонарушения, совершенного в кататоническом приступе, является следующий случай.

И., 25 лет, поступил в Институт им. Сербского из областной тюремной больницы в связи с обвинением по ст. 136 УК РСФСР (убийство). Из собранного анамнеза выяснилось, что дней за 20 до того И. был доставлен к районному психиатру в сопровождении милиционера по по-

воду внезапно развившегося у него возбуждения в бане (как попал в баню — неизвестно). Дома только в этот день неожиданно стал обнаруживать странное и беспокойное поведение. На приеме у районного психиатра был суетлив, шагал из угла в угол, не сидел, отвечал односложно, с задержкой и неохотно. От районного психиатра был направлен в автомобиле с милиционером и санитаром в психиатрическую больницу. По дороге дважды пытался выскочить на полном ходу из автомобиля. Приехав в больницу, И. в приемном покое до прихода дежурного врача, воспользовавшись тем, что милиционер вышел в другую комнату, плечом высадил стекло в окне и выпрыгнул вон. Санитар схватил его за ноги, но не удержал. Во время бегства И. натолкнулся на случайно проходившую санитарку и со страшной силой ударил ее по голове схваченным по дороге каким-то железным предметом. Через четыре дня санитарка умерла от кровоизлияния и разрушения вещества мозга при наличии перелома костей черепа.

При поступлении в институт им. Сербского испытуемый был малодоступен, считал себя здоровым, не хотел оставаться в институте. В первые три дня пребывания здесь наблюдалось состояние двигательного возбуждения, — он кричал, плакал, стучал в дверь, стремился бежать, испытывал страх, был агрессивен, сбрасывал белье, закрывал нос, чувствуя различные запахи, отказывался от еды. В дальнейшем состояние возбуждения сменилось ступорозным состоянием; испытуемый лежал совершенно неподвижно с закрытыми глазами, причем в течение двух-трех дней наблюдались ярко выраженные явления восковой гибкости: конечности оставались на продолжительное время в том положении, какое придавал им врач. Явления эти сменились резкой напряженностью мускулатуры. И. оставался также неподвижным, но сопротивлялся всякой попытке изменить принятое им положение: с вытянутыми ногами и согнутыми на груди руками. С трудом производилось кормление его жидкой пищей из рук. Был неопрятен в постели. При последующем наблюдении в институте оставался малоподвижным и малодоступным, с тупым, угрюмым выражением лица, большей частью молчал и лишь иногда в стереотипной форме повторял требование выпустить его на волю.

В описанном случае мы наблюдаем ярко выраженную картину кататонического ступора, развившегося вслед за состоянием возбуждения, которое началось внезапно и носило также кататонический характер, с расстроенным сознанием, с галлюцинациями, с приступами страха и с импульсивными порывами. Побег из приемного покоя и убийство санитарки были одним из нелепых проявлений этой кататонической импульсивности. И. был признан невменяемым и направлен на принудительное лечение.

2. Гебефреническая форма шизофрении

Шизофрения с особенным преобладанием гебефренических (юношеских) черт развивается постепенно с молодого возраста, причем явные симптомы болезни обнаруживаются нередко и в более позднем возрасте. Болезнь выражается, с одной стороны, в склонности к пустому мудрствованию и резонерству, а с другой — в ребяческих и хулиганских выходках, в постоянной дурашливости, смешливости, какой-то грубой деланности, манерности всего поведения, похожего как бы на игру или симуляцию, в особенности в вы-

чурности, замысловатости употребляемых выражений. Больные крайне поверхностны, мысли их направлены на случайное и побочное взамен существенного.

Обращают внимание при кажущейся живости импульсов внутренняя пустота, убожество, душевная тупость и однообразие интересов.

К гебефренической форме шизофрении относится приводимый ниже случай.

Г., 39 лет, истопник, доставлен в институт в связи с обвинением в убийстве жены.

Возвращаясь из леса с жердями для постройки сарая, он встретил жену. Положив жерди на землю, Г. предложил жене их взять и, когда та наклонилась, чтобы поднять их, нанес ей по голове три удара, от чего она скончалась. Убийство жены Г. в своих показаниях объяснил ревностью. Соседи считали убитую степенной женщиной, хорошей матерью, неспособной к измене.

Испытуемый в институте ориентирован, иногда спокойно и со смехом рассказывает о деталях убийства. К мысли об убийстве он пришел на основании разных отрывочных впечатлений: жена забеременела после долгого перерыва, очевидно, не от него; далее, жена понесла две рубашки и кофту погорельцам соседней деревни; сосед свистнул — это означало, что она его хочет изгнать из дома, а соседа позвать к себе. Утром, после того как жена отказала ему в половом общении и послала его в лес за жердями, он окончательно решил, что она приведет к себе соседа. Поэтому, возвращаясь из леса, он и осуществил свое намерение. Перед тем как нанести удар, помолился. Бил с силой, чтобы убить сразу, одернул потом у нее юбку, чтобы не подумали, что кто-то над ней «изнасиловал».

Речь испытуемого малопонятна и носит разорванный характер; говорит он с усмешкой, с ужимками, дает неопределенные, иногда дурашливые ответы, употребляет новые слова, вычурные выражения. Слышит «голосочки», которые ему говорят: «Иди сюда — тут смерть». Постель была для него как бы символом смерти. Отказывался от еды, так как слышал голос надзирателя: «Пять дней не ешь — тебя отпустят». Бросил сахар в плевательницу, так как сахар означает расстрел. Наряду с душевной тупостью, малодоступностью и дурашливостью он сознает, что совершил большое преступление: «Человека убил, да, кроме того, в ней младенец был», но рассказывает об этом, все время улыбаясь.

3. Параноидная форма шизофрении

Третья группа шизофреников — это группа параноидная, характеризующаяся преобладанием в картине болезни бредовых идей и галлюцинаций. Здесь расстроена, главным образом, способность правильной оценки тех впечатлений, которые больной получает от окружающей среды, а равно и тех ощущений в своем теле, которые исходят от разных внутренних органов (от желудка, от сердца, от половых органов). Такого рода больной подозрительно относится к тем разговорам, которые слышит, и к тем действиям, которые видит. Ему кажется, что многие случайные события имеют какое-то таинственное или символическое для него значение, что окружающие как-то особенно им интересуются, обращают

внимание на все его движения, вмешиваются в его личную жизнь, все время шепчутся по его поводу, одним словом, почему-то следят за ним, обнаруживая то враждебное к нему отношение, считая, видимо, его личность для себя опасной, то, наоборот, относятся особенно дружелюбно и предупредительно, видя в нем какого-то необыкновенного и многообещающего человека.

Другие из этого ряда шизофреников прислушиваются к разным ощущениям, исходящим от внутренних органов, истолковывают эти ощущения также бредовым образом. Такие больные легко приходят к убеждению, что у них неспроста болит под ложечкой, колет в сердце, возникают странные ощущения в половых органах. Больной старается объяснить все эти явления влиянием какой-то посторонней силы, исходящей от его врагов, которые пользуются разными орудиями (гипноз, магнетизм, электричество), чтобы воздействовать на его тело и повредить ему в том или ином отношении или вообще всецело подчинить его своей воле. Иногда в связи с этим неправильным толкованием безобидных ощущений внутри своего тела, свойственных каждому человеку, больной приходит к непоколебимому убеждению, что у него какая-то неизлечимая болезнь вроде рака, сифилиса или размягчения мозга, связывая происхождение этой болезни то с онанизмом, которым он когда-то занимался, то с отравой и вредительством, исходящими от других лиц. Эта тяжкая болезнь, по его убеждению, захватывает не только самого больного, но роковым образом должна перейти на его детей, на его потомство.

Такого рода больные с ипохондрически-параноидной формой шизофрении нередко становятся агрессивными в отношении своих воображаемых врагов, которые якобы делают или сделали их больными, иногда умерщвляют себя и своих близких, ставших, по их убеждению, жертвой систематической отравы или роковой болезни. При этом чаще бывают случаи, что убийство близких больной успевает осуществить, покушение же на свою жизнь заканчивается неудачей.

Вот один из ярких случаев параноидной шизофрении с покушением на убийство своих близких.

М., 25 лет, кладовщик, обвиняется по ст. ст. 19 и 136 УК РСФСР (покушение на убийство). Недели за три до поступления в институт, в 12 часов ночи, явившись домой, он стал наносить удары железной палкой по голове своему брату и его жене (ушибы и ранения оказались незначительными; палка была тонкая, полая внутри).

На следствии выяснилось, что М. решил убить их из мести, так как был уверен, что они его отравили. По сообщению районного психиатра, у которого испытуемый состоял на учете, он подавал путаные жалобы в милицию, так как считал, что брат «отравил» его мать и сестру, от чего они ходят, как живые трупы, перечислял всевозможные преступления соседей и сослуживцев, которые все ополчились на него, так как он является помехой для их преступной деятельности. На приеме у район-

ного психиатра был вял, апатичен; отмечались обонятельные галлюцинации.

М. поступил в институт им. Сербского с неправильной ориентировкой в своей ситуации и обстановке. Считает, что направлен в институт для лечения после отравления его братом. Он вял, апатичен. Движения и жесты бедные. Смотрит вокруг себя испуганно, с некоторым подозрением. Сидит сгорбившись, заявляет, что не может выпрямиться, так как у него осела грудная клетка, покривился позвоночник, «легкие стали, как резиновая подошва». Себя психически больным не считает, жалуется на тяжелое соматическое состояние: «Стал, как тряпка, как старуха. В сердце кольцо скрутилось, в легких язвы, появляются глисты, болят ноги, высох весь, стал, как мумия, одни глаза остались». Иногда чувствует, как черви в легких переносятся с одной стороны на другую. Считает все эти ощущения результатом отравления его братом. Брат хотел выжить его, присвоить его площадь и для этого совместно со своей женой подкладывал ему в пищу каустик, мышьяк, от чего он чувствовал боли внутри. Сонного его тоже отравляли, так как, просыпаясь, он ощущал чувство жжения в ушах и в носу. Иногда он замечал, что ему подкладывали сыпнотифозных вшей, наливали мочу на лицо. С уверенностью и настойчивостью доказывает, что брат с женой всех людей, так или иначе соприкасавшихся с ними (соседи, сослуживцы, родственники) и знавших об их преступной деятельности, убивали со своего пути, отравляя и заражая сибирской язвой, подмешивая свою слюну в пищу и вино. Перечисляет много лиц, умерших в течение последних лет, и связывает их смерть с подделками брата. Считает, что и в милиции, и в судах, и на производстве имеется круг лиц, замешанных в темных делах и подкупленных братом. Испытуемый обвиняет в дальнейшем уже не одного брата, на которого покушался, но также и двух старших в том, что они вместе со своими женами хотели его «убрать», чтобы он не мешал их махинациям.

В институте испытуемый просит заменить жидкую пищу картофелем в мундире, относится вообще подозрительно к получаемой пище, боясь отравы, которая может проникнуть от братьев. У него отмечаются обонятельные (из его рта выделяется неприятный запах) и слуховые галлюцинации (слышит оклики, смех). Обращает внимание во всех его высказываниях эмоциональная тупость: одинаково спокойно и монотонно, без всякого мимического выражения сообщает о совершенном им преступлении и просит, чтобы его самого вскрыли после смерти, посмотрели его отравленные легкие.

По поводу своего преступления испытуемый сообщает следующее. Придя домой, он услышал, что жена брата сказала последнему: «Ах чорт!.. Он еще ходит в живых, надо его прикончить». Брат будто бы несколько раз вскакивал с кровати и направлялся к нему, чтобы его убить, но, увидя, что он не спит, а лежит с открытыми глазами, уходил обратно. Испытуемый, поняв, что на него готовится покушение, зажег свет, схватил железную палку и нанес брату и его жене несколько ударов. Они убежали, а он пошел в милицию. Там «как колодка» пролежал два дня; затем в доме заключения свалился, чувствуя, что яд продолжает действовать. В связи с таким состоянием он и был направлен в институт им. Сербского.

Приведенный случай не вызывает никакого сомнения в наличии у больного параноидной формы шизофрении, с постепенно развивающимися в течение двух лет бредовыми образованиями, связанными в значительной мере то с внешними конфликтами, то с разными соматическими ощущениями (слабость, боли в животе и др.). Правонарушение он совершил импульсивно, на почве явно бредовой настороженности против брата и под влиянием неожиданно возникшей слуховой галлюцинации (услышал угрозу со стороны жены брата). Бредовая мотиви-

ровка остается стойкой и не поддающейся коррекции все время после совершения правонарушения, что является моментом, определяющим особенно значительную степень общественной опасности такого шизофреника. Испытуемый в комиссии признан невменяемым и подлежащим принудительному лечению в психиатрической больнице.

В судебно-психиатрической практике нередки случаи, когда параноидные шизофреники вплетают в свой бред врачей, чаще всего психиатров, с которыми они имеют или имели ранее то или иное соприкосновение и которых со свойственной им своеобразной и нелепой мотивировкой считают виновниками испытываемых ими мучительных ощущений галлюцинаторного характера. Можно указать немало случаев нападения такого рода больных на психиатров. Бывают случаи агрессии и по отношению к врачам других специальностей, как например убийство известного венеролога, у которого больной лечился по поводу неприятных ощущений в половых органах (случай на стр. 23).

Извращенный характер сексуальной жизни шизофреников также играет немалую роль как в развитии бредовых образований, так и в сексуальных правонарушениях. У больного, ведшего до того своеобразную замкнутую жизнь, под влиянием какого-то случайного впечатления, полученного при общении с женщиной, случайно брошенного ею замечания или жеста внезапно зарождается убеждение, что женщина эта питает к нему нежные чувства. Он начинает преследовать ее, сначала письменными объяснениями, потом частыми встречами на улице, на месте ее службы, предъявляет требование выйти за него замуж, доходя до угрозы физического воздействия, и в некоторых случаях приводит свою угрозу в исполнение. Чаще дело ограничивается одними домогательствами и скандалами. Иногда больной по какой-то непонятной убежденности принимает случайно встретившуюся женщину за знакомую, за свою невесту и начинает ее преследовать. Встречаются и многие другие проявления подобного «любовного бреда».

4. Простая форма шизофрении

Четвертая группа, объединяющая случаи так называемой простой шизофрении, дает довольно скрытое и медленное течение болезни, без ярких бредовых, галлюцинаторных, кататонических и гебефренических проявлений. Болезнь выражается в постепенном отупении и оскудении личности, с затруднениями в занятиях, с полной пассивностью и инертностью в жизни, обычно с непорядками в сексуальной сфере (онанизм, импотенция). Такой больной производит часто на неспециалиста впечатление лишь глубоко опустившегося, неряшливого и нерадивого человека, а не настоящего душевнобольного.

Тем не менее при всей видимой бесцветности картины болезни взгляд опытного психиатра может уловить те же основные черты, какие свойственны в той или другой мере каждому шизофренику (и отчужденность от действительности, и негативизм, и стереотипия, и немотивированность в поступках, и галлюцинации, и общая расщепленность психики).

Эта форма шизофрении, не давая острых и бурных картин, имеет, однако, обычно тяжелое течение, заканчиваясь нередко исходным состоянием — слабоумием, полной потерей социальной значимости. Больной влачит полуживотное существование, не расстается с постелью, иногда поддерживает некоторую формальную связь с окружающим миром, но остается при этом пассивным, автоматичным, безжизненным. Эта форма шизофрении имеет важное значение в практике судебно-психиатрической экспертизы прежде всего потому, что человеком, не обладающим психиатрическим опытом, в период следствия и даже в тюрьме может быть не замечено такого рода болезненное состояние и, следовательно, может быть допущена судебная ошибка.

М., 20 лет, обвиняется по ст. 152 УК РСФСР (развращение малолетних).

Года два как начал педагогическую работу в школе, где учился раньше сам. Судя по делу, испытуемый в течение целого года занимался развращением учеников школы, оставлял то одного, то другого под тем или иным предлогом у себя после занятий в школе и заставлял их себя онанировать. В школу он явился однажды с накрашенными губами, напудренный, в другой раз запел во время урока.

Со стороны психической эмоционально вял, малообщителен, не всегда обращает внимание на собеседника, часто не отвечает на вопросы. Без критики относится к своему правонарушению, находит, что для этого у него были серьезные причины — «половое бессилие». Некстати улыбается. Нет у него в последнее время желания мыться, видаться и говорить с людьми. Слышит оклики, преследует его запах гниения, чувствует, что изо рта и носа выделяется тухлый запах, поэтому вынужден отворачиваться от людей при разговоре с ними. Боится своего лица, оно кажется ему страшным. В поведении и ответах больной обнаруживает значительную монотонность, манерность. Ему кажется, что все о нем говорят. В отделении вообще малозаметен, охотно занимается натиркой полов, ни чему не проявляет интереса, послушен, безинициативен, по собственному почину ни с кем не разговаривает.

Здесь мы имеем дело именно с такой формой шизофрении, которая развивается незаметно, без ярких клинических симптомов. Испытуемый, обладающий хорошими способностями, постепенно опускается, избегает общества, с трудом ведет свою работу, сосредоточивает особенное внимание на сексуальной сфере и легко доходит до серьезного правонарушения (развратные действия), наивно мотивируя эти действия желанием своего излечения.

Выделение четырех групп шизофрении, как видно из анализируемых выше случаев, является в значительной мере услов-

ным. Почти в каждом отдельном случае к преобладающим основным симптомам одной группы так или иначе примешиваются и симптомы из других групп. Во всех формах все же так или иначе проявляются обычно указанные выше основные особенности шизофрении.

§ 3. Общая судебно-психиатрическая оценка шизофрении

Отчужденность от окружающей среды, притупление чувства симпатии и солидарности к другим при обострении чувствительности к своим личным, узко замкнутым в себе переживаниям, неприятные ощущения в теле, причину которых больной ищет во внешних факторах, бредовая оценка всего происходящего вокруг, слуховые галлюцинации угрожающего или повелительного характера, импульсивные вспышки при глубоком ко всему безразличии — все эти моменты ведут в ряде случаев шизофреников к агрессивным действиям неожиданного характера и делают некоторых шизофреников опасными для окружающих. Вот почему мы встречаем ряд тяжелых правонарушений (убийств и разного рода насилий) в стадии наиболее ярко выраженного кататонического, гебефренического и параноидного приступа шизофрении.

В дальнейшем степень опасности этих больных, естественно, снижается как потому, что многие из них становятся более или менее постоянными обитателями психиатрических больниц и колоний, так и в силу угасания более ярких болезненных симптомов с развитием большей пассивности, инертности и оскудения личности (исходные состояния).

При так называемой простой шизофрении, когда нет острых конфликтных переживаний, свойственных кататонической и параноидной формам, когда больной просто день за днем тупеет и опускается, оскудевает умственно и морально, правонарушения не носят обычно бурного характера, но зато этого рода больные в силу свойственной им эмоциональной тупости и пассивности при известном социальном окружении легче всего подпадают под влияние более активных и инициативных правонарушителей. По отношению к таким шизофреникам эксперту приходится быть особенно внимательным, так как для доказательства их невменяемости приходится выявлять у них более скрытые симптомы болезни, мало убедительные для неспециалиста.

В исходных и дефектных состояниях у шизофреников правонарушения имеют также чаще всего характер, обусловливаемый их социальной деградацией, неспособностью к жизни, паразитическими установками, влиянием алкоголя и других вредных моментов.

Если при выраженных симптомах шизофренического процесса экспертиза обычно решает вопрос в сторону невменяе-

мости испытуемого, то при закончившемся остром процессе или при более доброкачественном и неактивном течении процесса всегда приходится учитывать степень имеющейся дефектности.

Там, где эта дефектность выражается лишь в некоторой душевной неуравновешенности и неполноценности при сохранности критики и понимания наказуемости совершаемого преступления, там экспертиза в отдельных случаях находит основание для признания испытуемого вменяемым.

§ 4. Прогноз и лечение

Шизофрения, как видно из рассмотрения отдельных групп, протекает то отдельными острыми вспышками, то хронически и медленно.

В первом случае предсказание обычно более благоприятно. Между отдельными приступами больной нередко сохраняет работоспособность и не теряет связи с реальной действительностью. При кататонической форме улучшение (ремиссия) более возможно, чем при параноидной и простой шизофрении. Гебефреническая форма также протекает иногда благоприятнее последних.

Встречаются особо тяжелые случаи, когда шизофренический процесс захватывает личность в сравнительно раннем, подростковом периоде, действуя на мозг, еще не закончивший своего развития.

В других случаях, при более позднем возникновении процесса, токсическое действие на мозг может быть более легким, не вызывающим грубых и непоправимых изменений, почему и все течение процесса может быть доброкачественным.

Строгого надзора и длительного содержания в больнице требуют шизофреники, представляющие общественную опасность.

Нет нужды перечислять все те многочисленные способы лечения, которые применялись до сих пор при шизофрении и которые оказывались малодейственными. Тем не менее применяемые в последние годы лечебные средства делают возможным более успешное лечение шизофрении.

Современные психиатры широко пользуются всеми новейшими методами активной терапии при шизофрении. К таковым относятся лечение высокой температурой (пиротерапия), искусственно вызываемой введением в организм чаще всего химических веществ (серы, сульфозина и др.), лечение длительным или непрерывным сном с помощью наркотических веществ.

В психиатрической практике особенно популярным в настоящее время является лечение инсулином, являющимся одним из регуляторов сахарного обмена в организме. Инсулин применяется или в малых дозах, действующих постепенно на

улучшение общего питания и обмена веществ, или же с лучшим эффектом в больших дозах, которые, резко снижая количество сахара в крови, вызывают состояние шока с расстройством сознания.

При некоторых формах шизофрении (особенно кататонической) благоприятное влияние оказывает введение в организм камфоры или кардиазола в дозах, вызывающих судорожные припадки, а также применение электрошока с подобными же припадками.

Сущность механизма воздействия на шизофренический процесс этих методов активной терапии до сих пор остается невыясненной. Большинство авторов объясняет эффективность такого лечения мобилизацией защитных сил организма и удалением токсических веществ.

Применение указанных методов активной терапии ввиду возможных осложнений допустимо лишь в стационаре, при строгом врачебном контроле и наблюдении. Опыт многих психиатрических лечебниц показывает, что лечение это при более или менее свежем шизофреническом процессе дает немалый процент значительного улучшения, а в некоторых случаях может привести и к полному выздоровлению.

Случаи с более давним течением процесса, однако, мало поддаются активной терапии, и тогда лечение сводится к применению обычных лекарственных и физиотерапевтических средств для успокоения больного, для устранения бессонницы, отказа от пищи, возбуждения и т. д. Большое значение для шизофреников имеет хорошая организация трудовой терапии.

Благотворный опыт применения трудовой терапии и вышеуказанных способов физико-химического воздействия на заболевший или заболевший организм должен внушать нам непоколебимую уверенность в том, что не может быть более места тому безнадежному пессимизму, какой царил до сих пор по отношению к исходам шизофрении.

Эт
ным)
Во во
суд
зывает
Совре
гену
сим
К
торые
щим
В
симп
забо
склер
и т.
ческ
Эт
могут
ным
сии
лей.
раздр
боле
леван
К
генуи
нейш
ватьс
генуи
припа
ничег
Т
шой
больн
вестн
ния,

ГЛАВА IX

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия (от греческого: внезапно падать, быть охваченным) — заболевание, известное со времен глубокой древности. Во все времена кардинальными признаками болезни считался судорожный припадок, в связи с чем эпилепсию называют «падучей болезнью», «трясучкой», «черной немочью». Современное учение об эпилепсии выделяет так называемую генуинную эпилепсию как самостоятельное заболевание и симптоматическую эпилепсию.

К генуинной эпилепсии относятся все случаи, которые связаны с наследственным отягощением, обуславливающим предрасположение к этой болезни.

В тех случаях, когда судорожные припадки являются лишь симптомом какого-то определенного органического заболевания мозга (опухоль мозга, сифилис мозга, склероз сосудов мозга, инфекции, интоксикации, травмы мозга и т. п.), говорят о симптоматической, или органической, эпилепсии.

Этиология. Причины генуинной эпилепсии до сих пор не могут считаться вполне выясненными. Наряду с наследственным отягощением большое значение в происхождении эпилепсии придается алкоголизму и сифилису родителей. Симптоматическая эпилепсия появляется как следствие раздражения нервной системы при различных органических заболеваниях мозга (см. главу «Психозы при органических заболеваниях мозга»).

Клиническая картина эпилепсии. В клинической картине генуинной эпилепсии судорожный припадок является важнейшим симптомом этого заболевания. Однако руководствоваться только этим признаком для установления диагноза генуинной эпилепсии было бы неправильно, ибо судорожный припадок встречается при самых разнообразных заболеваниях, ничего общего не имеющих с генуинной эпилепсией.

Типичный эпилептический припадок (большой припадок) начинается внезапно, неожиданно для самого больного. Иногда наступлению припадка предшествуют предвестники (аура) в виде различных ощущений (чувство жжения, покалывания, чувство страха и т. д.). Самый припа-

док начинается внезапным и глубоким затемнением сознания, причем больной сразу падает, часто с пронзительным криком, в какой бы обстановке он ни находился (может упасть в огонь, в воду, на острые предметы).

Вслед за этим начинаются тонические судороги, характеризующиеся общим резким напряжением мускулатуры. Все тело вытягивается, руки сжаты в кулак, челюсти стиснуты, дыхание отсутствует, зрачки расширены и на свет не реагируют. Этот период тонических судорог длится 20—30 сек. и постепенно переходит в клонические судороги, которые сначала проявляются в виде беспорядочных отдельных движений, а затем, все усиливаясь, дают более резкие и равномерные сгибания и разгибания конечностей. Лицо при этом искривляется гримасами, на губах появляется пена, часто с примесью крови, как результат прикусывания языка. Дыхание при этом учащенное, прерывистое, с клочкотанием, лицо делается синюшным, покрывается потом. Нередко отмечается непроизвольное отделение мочи, иногда и кала. Постепенно судороги слабеют, мускулатура расслабляется, лицо принимает нормальную окраску, дыхание выравнивается. С прекращением судорог и постепенным ослаблением напряжения мускулатуры заканчивается припадок. Продолжительность припадков обычно не превышает 2—3 минут.

После прекращения судорожного напряжения мускулатуры больные приходят в себя сразу или в течение некоторого времени остаются в состоянии неясности сознания. После припадков больные испытывают чувство разбитости, сонливости и не сохраняют воспоминаний о происшедшем. Чаще, однако, в связи с общей слабостью и разбитостью, вызванными припадком, больные, придя в себя, засыпают, иногда же припадок переходит непосредственно в сон.

Частота припадков различна. Большей частью они повторяются 1—2 раза в месяц, ночью чаще, чем днем. В некоторых случаях они могут отсутствовать в течение длительного периода. В отдельных случаях учащение припадков может принять угрожающий характер, когда припадки следуют один за другим (эпилептическое состояние), причем больные остаются лежать в состоянии глубокого беспамятства, сопровождающегося повышением температуры. Нередко такие состояния кончаются смертью.

Кроме больших припадков различают малые припадки, характеризующиеся внезапно наступающим кратковременным (несколько секунд) помрачением сознания при отсутствии судорог или при слабо выраженных судорожных сокращениях отдельных мышечных групп. Обычно больной во время работы или разговора внезапно бледнеет, глаза неподвижно смотрят вперед, сознание теряется на несколько

мгновений, причем больной как бы застывает в том положении, в каком застал его припадок; падения при этом не бывает. Очнувшись, больной продолжает прерванный разговор или работу, не подозревая о случившемся с ним. В тех случаях, когда больной только на мгновение теряет нить мыслей, теряет связь с окружающим, как бы «отсутствует», припадок называется «отсутствие» (абсанс).

При эпилепсии, кроме больших и малых припадков, встречаются периодически повторяющиеся кратковременные состояния психического расстройства, известные под названием психических эквивалентов. Свое название психические эквиваленты получили потому, что они могут наступать вместо припадка, заменяя его собой. Однако такие состояния могут встречаться и наряду с судорожными припадками. Наиболее часто встречающимся видом психического эквивалента являются периодические расстройства настроения (так называемые «плохие» и «хорошие» дни эпилептиков). Расстройства эти начинаются без видимого повода. Продолжительность этих состояний колеблется от нескольких часов до нескольких дней. Расстройство настроения эпилептиков характеризуется злобно-тоскливой раздражительностью, когда больной не находит себе места, ничем не может заняться, становится придирчивым, по незначительному поводу вступает в пререкания и ссоры с окружающими, нередко становясь агрессивным. В эти «плохие» дни эпилептик очень часто высказывает ряд необоснованных жалоб, обвинений в несправедливом к нему отношении и т. п. Эти особенности нередко могут повести к развитию у эпилептиков отдельных галлюцинаторно-бредовых вспышек, эпизодов. Во время таких вспышек различной длительности эпилептик становится крайне подозрительным, ищет виновника своих неудач, высказывает стойкие бредовые идеи преследования, сопровождающиеся иногда проявлением тяжелой агрессии. Например, больной П., находясь в таком состоянии, заподозрил свою тещу, с которой он не ладил, в том, что она якобы всячески его преследует (портит будильник, чтобы он опаздывал на работу, кладет кошачий кал в его галоши, пытается его отравить). Он убил ее несколькими ударами молотка по голове и убрал труп в чемодан, «чтобы не валялась».

Наряду с расстройствами настроения встречаются различные по глубине и продолжительности расстройства сознания. В таких состояниях больные, при недостаточно ясном восприятии окружающего, сохраняют способность к передвижению и действиям. При этом они обычно бывают недостаточно ориентированы, связность и последовательность течения психических процессов нарушаются, вследствие чего правильная оценка окружающего становится невозможной и действия совершаются без достаточной мотивировки.

Эти расстройства сознания появляются без видимых внешних причин. Продолжительность их очень различна — от нескольких минут до нескольких дней.

Иногда в таких состояниях на первый план выступают бредовые представления, яркие галлюцинации устрашающего характера. Больные тогда совершенно не ориентированы в окружающем, не узнают привычной обстановки; им кажется, что они находятся в могиле, в подземелье, в раю; они видят себя окруженными страшными чудовищами, дикими зверями, видят яркое пламя, огонь, сияние, слышат музыку, пение, выстрелы; на них нападают, их мучают, с ними разговаривает божество и т. д. В таком состоянии поведение больного принимает болезненно неправильный характер, выражающийся нередко в опасных действиях как для самого больного, так и для окружающих. Охваченные ужасом, больные могут разрушать все вокруг себя, пытаются спастись бегством, выпрыгивают из окна, баррикадируют двери, окна или совершают нападения, убийства, поджоги и т. п.

Больной П., 28-летний крестьянин, страдающий редкими эпилептическими припадками и расстройствами настроения тоскливо-злобного характера, убил в вагоне поезда незнакомого ему пассажира. Убийству предшествовало тревожно-тоскливое состояние, постепенно нараставшее. Больному казалось, что его «не то ловят», «не то гонятся» за ним; люди казались ему подозрительными, и он с опаской их оглядывал. Окружающее воспринимал как в тумане, был недостаточно ориентирован, волновался. Ему казалось, что люди, сидящие против него в вагоне, «что-то замышляют» против него. Вдруг он ясно увидел, что один из сидящих против него пассажиров поднялся с намерением броситься на него. Больной (по данным материалов судебного дела) внезапно вскочил и нанес незнакомому пассажиру перочинным ножом несколько ударов в область шеи и выбросился на ходу поезда из окна вагона. При задержании больной оказывал резкое сопротивление, был крайне возбужден. В течение последующих двух дней был растерян, дезориентирован, заторможен; воспоминания о содеянном отсутствовали.

Расстройства сознания проявляются также и в виде автоматизмов, когда неясное, нечеткое, спутанное состояние сознания больного отражается в нескольких двигательных актах: расстегивание и застегивание пуговиц, снятие и надевание рубашки, после чего, придя в себя, больной не помнит, что с ним было. Так, один педагог вынужден был оставить свою профессию в связи с тем, что в болезненном состоянии на уроке в присутствии учениц снимал с себя брюки.

В тех случаях, когда эти движения усложняются и когда преобладают передвижение с места на место, ходьба, путешествие, тогда говорят об амбулаторном автоматизме, или трансе. Больной сохраняет при этом способность ориентироваться в ближайшей обстановке (например, может покупать билет, садиться в поезд и т. п.) и при поверхностном наблюдении, кроме некоторой рассеянности и странности, ничем не обращает на себя особого внимания окружаю-

ших. При ближайшем же наблюдении удастся, однако, отметить изменение настроения, бредовые идеи, которыми и определяется поведение больного во время транса. Очнувшись в необычном, незнакомом месте, больной недоумевает по поводу случившегося, не может объяснить, как он сюда попал.

Хронические изменения психики при эпилепсии. Последняя группа психических расстройств, отмечаемых при эпилепсии, — это психические изменения личности, являющиеся чрезвычайно характерными для этой болезни. В зависимости от характера самого болезненного процесса эти психические изменения могут выступать то более, то менее резко.

Наиболее характерна для эпилептической психики особая тяжеловесность, негибкость всех психических процессов. Процессы восприятия и осмысления у эпилептика замедлены. Он застревает на несущественных деталях, не может отличить главное от второстепенного, не в состоянии выбраться из узкого круга своих переживаний. Эти особенности придают мышлению эпилептика своеобразную вязкость, неповоротливость. Речь эпилептика отличается чрезвычайной обстоятельностью, непродуктивностью и изобилует трафаретными, большей частью витиевато-напыщенными оборотами. Интеллект и память постепенно ослабевают, круг интересов суживается. Ограниченности эпилептика иногда соответствуют крайняя мелочность, педантичность, сказывающиеся в его образе жизни. Каждая вещь должна находиться в точно установленном им месте, ничтожный расход, каждая мелочь в доме записываются, берутся им на учет, в семье вводится строго установленный порядок.

Настроение у эпилептиков часто подавленное. Они обычно раздражительны, склонны к взрывам гнева по самому незначительному поводу. Длительное застревание на одном и том же переживании является также характерной особенностью эпилептиков.

Вместе с тем некоторым эпилептикам свойственна, с одной стороны, склонность к ханжеству, угодливости, слащавости, назойливости, а с другой — к резкой озлобленности, крайней жестокости, мстительности.

Необходимо подчеркнуть, что эти психические особенности свойственны не всем эпилептикам. Встречаются эпилептики с различными степенями изменения характера, как и с различной глубиной деградации. В тех случаях, когда психические изменения резко выражены, больные становятся тупыми, апатичными, беспомощными. При нерезко выраженных изменениях психики поведение больных более или менее правильное, они

могут работать, причем благодаря их обстоятельности и педантичной аккуратности скрадываются и отчасти компенсируются свойственные им медлительность и недостаточность соображения.

Течение. Течение эпилепсии хроническое. Болезнь в большинстве случаев начинается в возрасте до 10 лет. Картина болезни в одних случаях может отличаться многообразием симптомов, в других — лишь отдельными однообразными симптомами (например, только припадки). Частота припадков у одного и того же больного неодинакова. В начале болезни припадки встречаются реже, иногда отделяясь один от другого промежутками в несколько месяцев. В дальнейшем при неблагоприятном течении они учащаются, появляясь ежемесячно, еженедельно, ежедневно, а иногда и по 2—3 припадков в день.

Течение эпилепсии разнообразно. В тяжелых случаях она приводит к более или менее выраженному слабоумию. В других случаях, несмотря на наличие припадков, выраженных расстройств интеллекта не наступает, больные могут успешно работать. Само собой разумеется, что эта работа не должна быть связана с опасностями для жизни больного, например, работа у машин, на высоких местах и т. п., так как внезапно наступающий припадок может повести к тяжелому поранению, к смерти больного.

Лечение эпилепсии. При лечении эпилепсии наибольшим признанием пользуются бромистые препараты (а в последнее время люминаль, дилантин), снижающие частоту припадков. В части случаев под влиянием лечения припадки или прекращаются или же значительно сокращаются в числе. Помимо медикаментозных средств, при эпилепсии рекомендуется особая диета. В одних случаях применяется голодная диета, в других устраняются из пищи все возбуждающие блюда и напитки.

Судебно-психиатрическое значение эпилепсии определяется как частотой и распространенностью этого заболевания, так и многообразием психических расстройств, развивающихся в течение эпилептического процесса. Наряду с глубокими и стойкими изменениями всей личности особое значение приобретают связанные с эпилепсией скоропреходящие психические расстройства (расстройства сознания, предприпадные и послеприпадные состояния, расстройства настроения), во время которых больные могут совершать опасные для себя и окружающих тяжелые агрессивные действия. Тяжелые насильственные действия могут совершаться эпилептиками и не в состоянии затемненного сознания, а вследствие свойственных им расстройств в эффективно-волевой сфере, равно как и вследствие предприпадных и послеприпадных состояний, проявляющихся в виде приступов злобной тоски, раздражительности, гнева и т. п.

Конечно, бывают и случаи, когда преступление совершается эпилептиком в его обычном состоянии, без наличия затемнения сознания или болезненных расстройств настроения, по понятным мотивам.

Вопрос о вменяемости при эпилепсии не может, таким образом, решаться в общей форме, а требует в каждом конкретном случае детального изучения. Из того факта, что некоторые эпилептики в течение всей своей жизни не представляют сколько-нибудь значительного изменения психики, следует, что эпилепсия сама по себе не освобождает от уголовной ответственности. Только при неблагоприятном течении болезни, при наличии психической деградации, упадка интеллекта (эпилептическое слабоумие) и психических эквивалентов (кратковременные состояния психического расстройства) можно безусловно признать неспособность больного руководить своими поступками. Для эпилептиков, совершивших преступление в болезненном состоянии, естественно, возможно применение только мер медицинского характера. Очень часто при этом бывает необходимо применение принудительного лечения в закрытой психиатрической больнице.

Если невменяемость эпилептиков с резко выраженными признаками психической деградации сомнений не вызывает и решение этого вопроса не является затруднительным, то, напротив, значительные трудности стоят перед экспертом-психиатром при оценке кратковременных расстройств душевной деятельности¹. Отсутствие непосредственного наблюдения этих состояний со стороны экспертов (в период совершения испытуемым инкриминируемых ему действий) требует того, чтобы судебно-следственный материал (свидетельские показания) был собран с особой тщательностью и полнотой, так как анализ его в значительной мере облегчает оценку этих состояний, а следовательно, и решение вопроса о вменяемости.

Больной Х., 18 лет, обвиняется по ст. 74 УК РСФСР в хулиганстве, выразившемся в нанесении камнем удара по голове гр-ке Л. При задержании он, как сказано в материалах дела, «устроил» припадок, во время которого ударил наклонившегося к нему милиционера. В связи с жалобой на припадки был направлен в институт им. Сербского на испытание.

Со стороны наследственности отмечается алкоголизм отца, дед по отцу был душевнобольной. Мать раздражительная, «горячая». С трехлетнего возраста у испытуемого начались судорожные припадки, которые вскоре прекратились. В течение длительного периода отмечалось ночное недержание мочи. С 10 лет поступил в школу, учился плохо. Из школы был исключен в связи с возобновившимися припадками и плохой успеваемостью; резко ослабела память. С 13 лет припадки участились, и однажды в течение периода в 12—15 дней число припадков доходило до 14—20 в день (эпилептическое состояние). Наступлению припадка предшествовало резкое головокружение, которое возникало внезапно и во время которого, уже зная о приближении припадка, больной пытался

¹ Судебно-психиатрическую оценку кратковременных расстройств душевной деятельности см. в главе «Исключительные состояния».

добежать до постели. Чаще же ему это не удавалось, и он тут же падал, расшибался. Во время припадков прикусывал язык и нередко упускал мочу. Припадок неизменно кончался сном, после чего в течение некоторого времени он испытывал резкую разбитость во всем теле и головную боль. Наряду с «большими припадками» отмечались и «малые припадки», во время которых он на мгновение терял сознание, но не падал. Сам он о них не знал, а узнавал со слов матери, которая говорила, что «было затмение». За последние годы отмечается резкое изменение характера в сторону повышенной раздражительности, неуживчивости, склонности к расстройствам настроения злобно-тоскливого характера.

Психическое состояние: больной достаточно ориентирован в окружающем. Движения замедлены, несколько угловаты, выражение лица угодливое, подобострастное. Речь тихая, медлительная. Охотно подвергается исследованию, неизменно благодарит «за внимание», «за лечение». Легко вступает в беседу; при этом крайне многоречив, обстоятелен, застревает на деталях, существенное теряется. Мышление тугоподвижное, вязкое. Критика и осмысление резко снижены, недооценивает ситуацию; предлагает врачу взятку за свое освобождение, предлагает привезти «в подарок маслица, сальца, яблочек». Память резко ослаблена. Школьные знания крайне скудные. Круг интересов резко ограничен, преимущественно в пределах личного благополучия. Хотел бы иметь «свою коечку, парочку стульчиков, сундучок для харчей, электрическую лампочку, водопроводик, уборную с водопроводиком, черненькое пальто, синий костюмчик, зефирную рубашечку, шелковенькое кашне, шапочку серенькую» и т. п. Перечисляет также разные блюда, какие хотел бы есть, как проводил бы время. При этом он крайне слащав, вещи, предметы называет уменьшительно, с врачом и персоналом преувеличенно любезен и лъстит. Настроение часто подавленное; недоверчив, обидчив, легко возбудим, раздражителен, порой агрессивен (в состоянии раздражения, гнева прокусил палец другому больному). Крайне эгоцентричен. Проявляет большую заботу о своем здоровье, о еде; отстаивает свою выгоду, следит за тем, чтобы его не обошли, не обделили едой, лекарствами. Постоянно выражает опасение — «не обокрали бы передачу». Педантично аккуратен, чистолюден, в идеальном порядке содержит свою кровать. За время пребывания в институте отмечался ряд судорожных припадков, возникавших без внешнего повода. Неоднократно отмечались случаи, когда больной, спокойно расхаживая по палате, вдруг стремительно подбегал к кровати и падал в судорожном припадке, во время которого прикусывал язык и нередко упускал мочу. Припадок обычно продолжался 2—3 мин. и заканчивался сном.

В этом случае диагноз эпилепсии не вызывает сомнений. Здесь, наряду с рано начавшимися типичными эпилептическими припадками — «большими» и «малыми», выступают черты резкого оскудения всей личности, столь характерного для эпилептического слабоумия. Отсюда и практическое решение вопроса в смысле признания его неменяемым и нуждающимся в применении к нему только мер медицинского характера.

Больной Ж., 27 лет. Отец его умер «от удара», страдал припадками, был тяжелого характера, раздражительный. Сестра крайне раздражительная, «заговаривалась», содержалась в психиатрической больнице. Брат, возбудимый, неуживчивый, проявлял склонность к агрессивным поступкам.

Сам Ж. с 14-летнего возраста страдает головокружениями продолжительностью в 1—2 мин., сопровождающимися шумом в голове, окликами, с мгновенным расстройством сознания (малый припадок). По словам окружающих, больной при этом резко бледнеет, «глаза делаются ненормальными». Такие головокружения повторялись регулярно до последнего вре-

мени. Несмотря на это, больной работал на железной дороге и в различных других учреждениях. Однако в последние годы в связи с указанными болезненными явлениями неоднократно увольнялся с работы.

В возрасте 20 лет у него появились большие судорожные припадки, сравнительно редкие (3—4 раза в год), которые возникали как днем, так и ночью. Припадок наступал внезапно, больной терял сознание, падал, бился; во время припадка прикусывал язык, нередко упускал мочу. Наряду с припадками отмечалась и склонность к расстройствам настроения тоскливо-злобного характера; бывали так называемые «плохие и хорошие дни».

Однажды, через несколько часов после бывшего у него припадка, больной ночью внезапно вскочил с постели и выбежал в коридор. В коридоре случайно встретил соседку, которой без всякого повода нанес три ножевых раны в спину. После этого выскочил в окно и скрылся.

Из данных следственного материала известно, что больной заходил на рассвете к своей сестре, которой показывал окровавленный нож и говорил, что «убил сатану», при этом производил впечатление «сумасшедшего».

Утром больной очутился в деревне у матери, в 15 километрах от своего дома; жаловался на головную боль. Пообедав с матерью, больной, по ее предложению, отправился с ней лечиться у знахарки в другую деревню. На обратном пути в 9 час. вечера, как это установлено расследованием, Ж. убил свою мать, перерезав ей горло перочинным ножом, и отделил голову от туловища. Пальцы на руках убитой были перерезаны и на туловище обнаружено 5 ножевых ран. Ж. пришел в себя на следующее утро; был без шапки, руки и платье окровавлены, сильно болела голова, был растерян, ничего не помнил о случившемся.

Вместе с тем в материалах уголовного дела имеются указания на то, что Ж. в последнее время уклонялся от уплаты на содержание матери и что она по поводу этого жаловалась на сына прокурору. Имеются также и указания на то, что между больным и соседкой М., которой он нанес три ножевых раны в спину, также были трения и что больной угрожал ей отомстить.

Допрошенный по этому делу Ж. виновным себя не признал и заявил, что с 20-летнего возраста страдает судорожными припадками, сопровождающимися, по словам окружающих, буйством. Во время такого буйства он не отдает себе отчета в совершенном и затем ничего о нем не помнит.

В связи с возникшим у следственных властей сомнением в душевном здоровье Ж. он был направлен в институт на испытание.

При поступлении в институт больной в ясном сознании, правильно ориентирован в окружающем, спокоен, поведение правильное. Во всех движениях и ответах больного недостаток живости, вязкость, тугоподвижность, монотонность. Все психические процессы протекают замедленно с особенным застреванием на некоторых вопросах, связанных с аффективными переживаниями. Настроение больного подавленное, со склонностью к приступам тоскливости и раздражительности. Грубых расстройств со стороны формальных способностей интеллекта не отмечено. Спустя две недели после поступления вечером появилось тоскливое настроение с характером резкой раздражительности, злобности. Ночь спал плохо. Утром наступило резкое изменение в состоянии и поведении больного: он был недостаточно ориентирован, порывался уйти, плакал, уверял, что за дверью стоит его жена. Зашел в уборную, отвернул краны, напустил воду, пел псалмы, окатывал всех входящих в уборную водой, оплевывал, угрожал убить, набрасывался на персонал. Больной совершенно растерян, блуждающий, неопрятен мочой. На следующий день он возбужден, стремится куда-то бежать, заявляет, что убил мать, потому что она ему показалась «сатаной», разговаривает с самим собой, кого-то к себе зовет, сбросил с себя белье, катается по полу, стучит в дверь, агрессивен, набрасывается на персонал. К концу дня сразу успокоился, узнал своего врача, правильно ориентирован, не знает и не помнит, как

очутился в изоляционном отделении. О своем состоянии, поведении за указанный отрезок времени воспоминаний не сохранил. Указывает лишь на отдельные моменты, когда ему казалось, что вокруг него все ходят с метлами, испытывал страх, в каком-то страшном виде ему представлялся «бог»; помнит, что слышал голос жены. Через месяц снова состояние тревожности, аффективной напряженности с оттенком резкой тоскливости и злобности. Однако на следующий день состояние улучшилось, он успокоился и вел себя совершенно правильно.

Приведенный случай иллюстрирует расстройство сознания у эпилептика. Диагноз эпилепсии здесь затруднений не представляет. Об этом свидетельствуют сравнительно раннее начало заболевания (с 14 лет) с типичными «малыми» припадками в форме головокружения, сопровождающегося шумом в ушах, окликаками, помрачением сознания на несколько мгновений; появление с 20-летнего возраста «больших» припадков, сопровождающихся потерей сознания, судорогами, прикусом языка, упусканием мочи; склонность к расстройствам настроения тоскливо-злобного характера и описанные уже выше расстройства сознания, наблюдающиеся в Институте в период его испытания. Все сказанное, в сочетании с выраженными чертами эпилептического характера (вязкое, тугоподвижное мышление, монотонная речь, склонность к аффективным разрядам и пр.), является достаточным основанием для постановки диагноза эпилепсии. Но эпилепсия, как уже указывалось, сама по себе не освобождает от уголовной ответственности, если нет выраженных признаков психической деградации, упадка интеллекта, временного расстройства душевной деятельности, во время которого могло быть совершено инкриминируемое деяние, и т. д. Поэтому известные трудности в данном случае и представляет вопрос, в каком состоянии находился больной в момент совершения инкриминируемого ему деяния, тем более что в обычном своем состоянии, кроме указанных выше эпилептических черт характера, грубых расстройств интеллекта у него не отмечено.

Однако анализ всей ситуации, состояние и поведение больного незадолго до преступления и в момент его, наконец, наличие расстройства сознания с повторяющимися бредово-угрожающими переживаниями приводят к заключению, что преступление и было совершено им в одном из таких расстройств сознания, т. е. в состоянии, предусмотренном ст. 11 УК РСФСР и исключающем вменяемость.

ГЛАВА X

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз, как отчасти показывает само название, выражается в приступах повышенно веселого настроения, с ускорением темпа всех психических процессов (м а н и а к а л ь н о с т ь) или, наоборот, в угнетенно-тоскливом настроении, в замедлении темпа психических процессов (д е п р е с с и я).

Этиология. Заболевание вызывается в основном эндогенными причинами, предрасположение к нему имеет наследственный характер. Вместе с тем различные внешние влияния могут способствовать появлению приступа болезни.

Течение. Для маниакально-депрессивного психоза характерной чертой является его п е р и о д и ч н о с т ь, ц и к л и ч н о с т ь. Он обычно повторяется, почти в одинаковой форме, через некоторые промежутки времени. Эти промежутки равняются чаще всего нескольким годам. Течение болезни различно. В некоторых случаях одна фаза (например маниакальная) непосредственно переходит в другую (депрессивную), следовательно, каждый приступ болезни состоит из двух фаз. В других случаях отчетливо выражена только одна фаза, но в конце или в начале заболевания наблюдается короткий период, когда более или менее ясно выражен и другой полюс психоза. Промежутки между приступами также весьма различны. Если в одних случаях почти не наблюдается ремиссий и течение принимает хронический характер, то в других случаях больной переносит за всю жизнь один-два приступа.

При повторяемости болезни с течением времени обнаруживается тенденция, во-первых, к удлинению приступа психоза и, во-вторых, к укорочению «светлых» промежутков.

Симптомы болезни. М а н и а к а л ь н ы й п р и с т у п выражается в переживании радостного состояния, в экзальтации. Возникает жажда деятельности, любви, общения, появляется наплыв мыслей, непоседливость, бессонница.

У маниакального больного такое состояние не мотивировано, не имеет какой-либо понятной связи с событиями действительной жизни. Больной недели и месяцы взвинчен, возбужден, все его занимает, на все он отзывается, но интерес ко всему поверх-

ностный, внимание неустойчивое, он быстро переходит от одной мысли к другой. Больной обычно обнаруживает и двигательное беспокойство. Если он находится вне больницы, ему не сидится дома, он все время торопится, увлекается разными планами, хотя ничего последовательно не может осуществить, без толку суетится, вмешивается во все события, ходит ко всем знакомым, безумолку говорит и т. д. Когда же маниакальное состояние выражено не столь сильно (гипоманиакальность), то чувство подъема, предприимчивость, живость и сообразительность могут действительно повысить продуктивность его работы.

Характерно для маниакального состояния, среди других признаков, ускорение темпа психической жизни, течения ассоциаций. Течение мыслей облегчено, ощущается прилив мыслей, больные иногда остроумны, находчивы, все быстро подмечают, на все тотчас реагируют.

При более выраженном маниакальном состоянии ускорение темпа мышления вносит уже некоторую беспорядочность, приводит к соскальзываниям в речи с одной темы на другую, к большой отвлекаемости и неустойчивости внимания. Дело при этом доходит до так называемой скачки идей.

Все это своеобразное самочувствие больного легко приводит к переоценке собственной личности, доходящей до бредовых идей величия. Больной считает себя чрезвычайно способным, знаменитым, свою внешность — незаурядной, свои стихи — высокоталантливыми и т. д.

Депрессивное состояние ведет к противоположному самочувствию. Больной угнетен, настроение его мрачно, все представляется с худшей стороны, ничто более не привлекает, жизнь кажется бесцельной, возникают мысли о смерти, и, действительно, самоубийство депрессивного больного не является редкостью. Иной раз крайне тяжелое впечатление оставляет такой больной, который мечется вследствие невыносимой тоски, жаждет, как избавления, своей смерти. Он перестает интересоваться близкими, у него исчезает привязанность к ним, забота о них. Больной испытывает чувство своей негодности, думает о том, что он всем в тягость, иногда он убежден в том, что тяжело страдает и вся его семья, предчувствует неизбежную гибель для себя и для них. Выражение лица у больного скорбное.

Противоположен и темп психической жизни: больной заторможен, мало подвижен, иногда ему в тягость каждое движение. Бредовые идеи соответствуют тягостному настроению, среди них преобладают идеи виновности, ипохондрические идеи. Больному кажется, что вся его жизнь состоит из серии непростительных ошибок, что он достоин самой печальной участи. Ему представляется, что он заживо разлагается, что у него смертельная внутренняя болезнь и пр. Депрессивные состояния обычно сопровождаются теми или иными физи-

ческими нарушениями, например запорами, рвотой, расстройствами сердечной деятельности, симптомами нарушения обмена веществ.

Прогноз. Маниакально-депрессивный психоз принадлежит к благоприятным заболеваниям. Если не считать атипичных форм (например, приближающихся по картине болезни к шизофрении), форм, протекающих с частым чередованием фаз, наконец, особых изменений, претерпеваемых больными в более позднем возрасте, то заболевание протекает благоприятно, заканчивается выздоровлением даже без применения лечебных средств и не оставляет после себя никаких изменений личности. Но, как уже было указано, приступы болезни обычно повторяются.

Лечение. Для лечения приступов маниакально-депрессивного психоза пользуются различными средствами, ослабляющими депрессивное или маниакальное состояние. В ряде случаев достигаются положительные результаты при лечении «электрошоком» (судорожные припадки, вызываемые специальным аппаратом; через электроды, прикрепляемые к вискам, пропускается в течение 0,3—0,7 сек. судорожная «доза» электрического тока).

Судебно-психиатрическое значение маниакально-депрессивного психоза невелико в связи с тем, что это заболевание относится к менее частым, чем шизофрения, эпилепсия и др., а также ввиду того, что лица, страдающие маниакально-депрессивным психозом, редко совершают преступления, вызванные болезненным изменением настроения и бредовыми идеями.

Представляет трудности оценка маниакально-депрессивного психоза в тех случаях, когда к моменту исследования перед экспертом находится вполне здоровый, психически полноценный человек, о котором, однако, есть сведения, что в момент совершения правонарушения он был в маниакальном или депрессивном состоянии. В этих случаях приходится тщательно и со всех сторон анализировать материалы, опираясь на объективные источники, учитывая степень психического изменения и связь его с правонарушением.

Бредовые идеи в редких случаях приводят к попыткам убийства близких и одновременно самоубийства (так называемое расширенное самоубийство). Таким образом, может возникнуть дело об убийстве жены, детей при неосуществленном (или незавершенном) самоубийстве.

Вопрос о вменяемости может встать и в случаях, когда преступление совершено в период светлого промежутка, а к моменту судебного следствия имеется приступ заболевания. В этих случаях, очевидно, может быть принято решение о необходимости лечения до выздоровления, наряду с признаком вменяемости в отношении преступлений, совершенных в период здоровья.

Может возникнуть необходимость в посмертной экспертизе в тех случаях, когда следственные материалы о самоубийстве указывают на предшествовавшую депрессию.

Наличие в момент совершения правонарушения маниакального или депрессивного состояния как фаз маниакально-депрессивного психоза дает достаточные основания для заключения о невменяемости и для проведения принудительного лечения в случаях общественной опасности.

П., 54 лет, доставлен в институт судебной психиатрии в возбужденном состоянии; чувствует себя хорошо, речь патетична, говорит громко, жестикулирует, ведет себя с подчеркнутым достоинством. Иногда он обнаруживает переоценку собственной личности, отмечает влияние своих идей в современной политике, подмечает, что его отвергнутые предложения без сохранения авторства заимствуют. Часто вступает в конфликты с больными, охотно беседует с персоналом, громко поет, многоречив, выдвигает разные рационализаторские предложения. П. задержан при следующих обстоятельствах. Он вывесил на своем доме несколько нелепых по содержанию плакатов, привязал к этому месту цепную собаку, которая никого не допускала, а сам взобрался на крышу, зааррикадировал вход на чердак и стал выводить мелом надписи на крыше. При этом он обращался к проходящим и к собравшимся у дома с речами; представителям власти он угрожал тем, что подожжет дом, если они подымутся на чердак, и, действительно, он припас там керосин и спички. Свидетели показывают, что такого рода события уже неоднократно имели место в прошлом, что ежегодно или через два года «на него находит», и тогда он ораторствует, все время кричит, грозит поджечь, а спустя некоторое время он снова спокойный, «милый человек». Однажды он «представлял демона», задрапировался в одеяло, опоясался полотенцем и так ходил. Он становился на возвышенные места, произносил речи, пел песни и т. д.

Жена сообщает, что впервые заболевание обнаружилось 30 лет тому назад. Выражалось оно в приподнятом настроении, в возбужденном состоянии. Затем начали чередоваться фазы угнетения и возбуждения, которые, однако, были выражены в умеренной степени и даже не лишали его возможности работать. Промежутки между этими фазами, сменяющими одна другую, были небольшими — от нескольких дней до нескольких месяцев. Однажды, в состоянии депрессии, больной порезал себе артерию на руке с целью самоубийства. 15 лет назад он находился в госпитале по поводу возбужденного состояния, продолжавшегося 4½ месяца. Так с короткими периодами просветления он продолжал болеть, не оставляя работы. В последние годы светлых промежутков почти не бывает. Так, например, за пять месяцев до поступления в институт больной ночью сразу перешел из депрессивной фазы, длившейся целый год, в маниакальную. За все годы болезни он удивительным образом сохранял в отношении жены такт, обходительность, так что и в настоящее время, в период болезни, она считает вполне возможной совместную жизнь с ним.

Комиссией больной признан страдающим душевным заболеванием в форме маниакально-депрессивного психоза, а в отношении инкриминируемого деяния, совершенного в период душевной болезни, — невменяемым.

у м

лог
ино
чес
заб
стве
ств
рио
тра
моз
нем
или
дос
лиш
псих
врох
пред
боле
дер
жд
бинь
деб
речи
огра
мощ
спос
Д
прак
речь
семь
несп

ГЛАВА XI

ОЛИГОФРЕНИЯ

Термин «олигофрения» означает врожденное слабоумие. В переводе олигофрения означает малоумие.

Этиология. Группа олигофрений неоднородна по своей этиологии. Во всех случаях олигофрений мы имеем дело с той или иной степенью психической отсталости, однако сходство клинической картины не связано с единством причин, вызвавших заболевание. Олигофрения может быть обусловлена наследственными факторами, повреждением зачатка (например, вследствие сифилиса или алкоголизма родителей), вредностями периода внутриутробного развития плода и действием родовой травмы (например, повреждение головы во время родов, травма мозга). Различные мозговые заболевания, относящиеся к раннему периоду развития (первые годы жизни), могут остановить или задержать психическое развитие ребенка. При отсутствии достаточных сведений о раннем детстве мы часто бываем лишены возможности решить вопрос о причине, вызвавшей психическое недоразвитие, — является ли оно наследственным, врожденным или же приобретенным в первые годы жизни.

Течение. Важную особенность олигофрении как болезни представляет отсутствие признаков процесса, нарастания болезни.

Итак, под олигофренией надо понимать задержку психического развития, часто сопровождающуюся и физической неполноценностью.

Форма олигофрении. В зависимости от степени, от глубины слабоумия различают идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиоты глубоко слабоумны, они почти совершенно лишены речи, почти не приобретают социальных навыков, жизнь их ограничена инстинктивными проявлениями. Больные беспомощны, часто неопытны, не ориентируются в обстановке, не способны к каким-либо планомерным действиям.

Дебилы стоят на другом конце; они в достаточной мере практически ориентированы, обладают сравнительно развитой речью, часто выполняют служебные обязанности, обзаводятся семьей и пр. Но в мышлении их отмечается примитивность, неспособность оценивать относительно сложные явления, поль-

зоваться понятиями, выходящими за пределы их небольшого опыта. У них отмечаются бедность интеллекта, недостаток критических способностей, наивность, детскость, несамостоятельность суждений, склонность к неправильным выводам и обобщениям, узость кругозора. Дебилы плохо учатся в школе, отстают. Уже в детстве они являются мишенью для насмешек. Существенно то, что правильно поставленное обучение, если оно проводится с учетом особенностей ребенка, может принести немалые успехи.

Деление олигофрений на три группы, исходящие из степени интеллектуальной отсталости, является условной схемой. Никаких точных границ для установления этих степеней, разумеется, нет. Между крайними полюсами олигофрении (идиотия и дебилность) расположена степень имбецильности. Имбецилы способны к приобретению некоторых навыков и простейших знаний. Интеллект их все же стоит на крайне низком уровне развития, речь их обычно дефектна, способность к самостоятельному мышлению отсутствует. Они нуждаются в руководстве и помощи.

Диагноз облегчается констатированием ряда физических недочетов, часто характерных для олигофрена. Нередко наблюдаются неправильности в строении черепа, достигающие иной раз до степени уродства (например малые или увеличенные размеры черепа), низкий лоб и ряд других дегенеративных признаков. Больные обращают на себя внимание уже своим внешним видом: телосложение часто неправильное, непропорциональное, выражение лица при тяжелых формах олигофрений тупое, рот полуоткрыт, речь мало дифференцирована, запас слов беден, произношение слов часто обнаруживает различные виды косноязычия. Характерна и неловкость, угловатость движений.

Лечение. В отношении олигофренов, разумеется, стоит вопрос не о лечении в собственном смысле этого слова, а о системе медико-педагогического воздействия, которая при соответствующей организации может несомненно дать существенные результаты.

Судебно-психиатрическое значение группы олигофренов довольно велико. Правда, это в малой степени касается глубоко слабоумных (имбецилов и тем более идиотов). С одной стороны, участие их в преступлениях сравнительно редко, с другой — и вопрос об их вменяемости не представляет существенных трудностей: они должны быть признаны невменяемыми. Чем более выражен интеллектуальный дефект, тем легче олигофрен становится объектом влияния со стороны (внушаемость).

Один из наших больных был использован для неоднократных поджогов колхозных зданий. Больной выдал инициаторов преступления, так как не получил обещанной суммы. Себя он ни в чем виновным не считает, так как ему предлагали 100 руб., а это «большие деньги», и он не мог

отказаться. В другой раз, по словам больного, он за 100 руб. уже не поджигал бы, а за 500 согласился бы.

В групповых преступлениях олигофрены, как правило, являются подсобными лицами, остаются на вторых ролях, хотя при этом могут проявлять и большую жестокость. Среди олигофренов часто встречаются общительные, добродушные, безобидные субъекты, но нередки и противоположные черты, например недостаточное развитие морального чувства, проявление жестокости, возбудимости, импульсивности, стремление бродяжничать. Импульсивные преступления у олигофренов могут выражаться в форме сексуальных насилий, поджогов и т. д.

В 1936 г. в институт был доставлен дебил со своеобразным извращением: он в течение многих лет пил мочу своей жены. В этом он испытывал потребность раз в две недели. Иначе он лишался покоя и работоспособности. Задержан он был и направлен на экспертизу в связи с тем, что обратился к незнакомой девушке с просьбой продать ему немного мочи (в это время жена была больна).

Большое разнообразие типов среди дебильных личностей требует и индивидуального решения вопроса об их вменяемости. Важным доводом в ту или другую сторону является степень практической приспособляемости олигофренов, которая служит одним из критериев при оценке их интеллекта. Необходимо принять во внимание, что дебилы по характеру своих дефектов обычно, в противоположность подлинным душевнобольным, не обнаруживают невозможности приспособляться к социальной жизни, а наоборот, часто тесно с нею связаны, контактны, проявляют неплохую практическую ориентировку. Необходимо исходить из учета всех особенностей каждого случая. Иной раз не очень выраженная дебильность сочетается с возбудимостью настолько тяжелой, с такого рода извращениями характера, что испытуемого приходится направлять в больницу. Нередко олигофрены в привычных условиях хорошо ориентируются, успешно работают, ведут себя правильно. Однако, в незнакомой и трудной для них обстановке они могут впасть в состояние страха или оказываются неспособными справиться с новой непривычной для них ситуацией. Они часто не понимают противозаконности своих действий. Все эти моменты должны быть приняты во внимание при экспертизе в случаях олигофрении.

Необходимо иметь в виду, что в силу внушаемости свидетельские показания, данные олигофренами, представляют только относительную ценность, особенно в тех случаях, когда недостаточно умело проведен допрос.

ГЛАВА XII

ПСИХОЗЫ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЗГА

Болезни головного мозга, при которых наступают выраженные изменения нервной ткани, называются органическими.

Органические заболевания мозга, возникновение которых зависит от влияния внешних причин (инфекций, отравлений, травм), носят название экзогенных.

Каждое органическое поражение мозга, наряду с физическими симптомами, обнаруживает ту или иную степень расстройства психической деятельности.

Одинаковая анатомическая основа при органических заболеваниях приводит к ряду общих «мозговых симптомов». Однако изменения психики в зависимости от причин, вызвавших поражение мозга (сифилис, артериосклероз, травмы и др.), могут представлять свои особенности и отличия.

Чем больше распространен процесс, охватывающий кору головного мозга, тем более выражены возникающие при этом расстройства психики (например, при прогрессивном параличе, при старческом слабоумии). Чем очаг разрушения в мозгу ограниченнее, тем менее заметны наступающие изменения психики и личность больного остается более сохранной (например, при травмах мозга, при артериосклерозе мозга). Поэтому в зависимости от степени поражения психики принято различать общее слабоумие и частичное слабоумие (или дефектное состояние психики).

Общее слабоумие выражается в ослаблении памяти, снижении мыслительных способностей и критики, изменении сложившихся в течение жизни особенностей характера, утрате приобретенных навыков и знаний. Кроме того, при общем слабоумии наступает неустойчивость аффектов, появляется эмоциональная тупость, исчезает сознание болезни. Поведение больных становится неправильным и часто зависит от влияния патологических импульсов и влечений.

В противоположность общему слабоумию при частичном слабоумии (или дефектном состоянии) наблюдается, главным образом, выпадение отдельных психических способностей, например, речи, памяти. Раздражительность, преходящее расстройство настроения, особенно в сторону гнева и злобы, сла-

будущие, повышенная внушаемость выступают на первый план в большинстве случаев с очаговым поражением мозга. При частичном слабоумии мы не наблюдаем таких значительных изменений личности; обычно эти больные сохраняют сознание болезни и критическое отношение к своим действиям, что отличает их в значительной степени от больных с общим слабоумием.

В каждом случае с явлениями органического слабоумия вместе с оскудением интеллекта можно обнаружить и изменения в аффективной и волевой жизни. Больные чаще всего депрессивны, но вместе с тем они проявляют слабодушие, т. е. склонность давать аффективную реакцию по самому незначительному поводу. Аффект данного момента всецело владеет больными: они плачут, когда при них говорят о печальном, и с легкостью переходят к смеху, если изменить содержание разговора. В случаях с плохим исходом и глубоким распадом психической деятельности у больных отмечается тупость чувств, отсутствие интересов, безразличное отношение к тяжести своего положения и ко всему окружающему. Сознание болезни у них полностью отсутствует.

При некоторых органических заболеваниях мозга наблюдается повышенный тон настроения. Такое легкомысленно веселое настроение с переоценкой своих сил и возможностей в наиболее выраженной форме носит название эйфории. Больные при этом испытывают чувство довольства, собственного превосходства, выражают свою радость шумной веселостью, нелепым остроумием, циничным поведением.

В случаях с прогрессирующим течением в картине болезни нарастают волевые расстройства. Они характеризуются двигательным возбуждением, агрессивными поступками, половой несдержанностью, прожорливостью. Иногда волевые проявления могут быть резко ослаблены, больные вялы, пассивны, бездеятельны.

При всех органических психозах можно отметить повышенную внушаемость. Особенно в начальных стадиях больные легко подвержены чужому влиянию.

Бредовые идеи при органических психозах часто приобретают характер преувеличенных, нелепых высказываний (бредовые идеи величия, греховности, самоуничижения). Из галлюцинаций наблюдаются, главным образом, слуховые и зрительные. Часто эти больные галлюцинируют ночью, днем же бывают спокойны.

Необходимо иметь в виду, что органические заболевания мозга даже в тех случаях, когда в клинической картине нет еще заметных изменений со стороны психики, прекрасно распознаются на основании лабораторных исследований крови и спинномозговой жидкости. Так, например, уже в самом начале мозгового процесса при сифилисе мозга и про-

грессивном параличе в крови и спинномозговой жидкости можно обнаружить положительную реакцию Вассермана. В лабораторных анализах принято обозначать степень реакции Вассермана крестами (++++), четыре креста обозначают наиболее выраженную реакцию).

Исследования эти являются важным средством для установления мозговых заболеваний и их точной диагностики.

К наиболее частым причинам органических заболеваний мозга относятся травмы, сифилис, артериосклероз, старческое изменение мозга. Кроме того, многие инфекционные болезни вызывают осложнения со стороны различных отделов нервной системы.

§ 1. Травматические заболевания мозга

Судебному психиатру в мирных условиях, и особенно часто в военной обстановке, приходится встречаться с травматическими заболеваниями нервной системы.

Среди разнообразных картин травматических поражений мозга следует различать: 1) сотрясения мозга (коммоции), 2) контузии мозга и 3) ранения мозга.

Сотрясения и контузии относятся к числу закрытых травм головного мозга, так как при них нет повреждений костей черепа и грубых разрушений мозговой ткани.

Ранения же мозга относятся к открытым травмам, так как при них целостность самого мозга в связи с повреждением черепной коробки нарушается. Кроме того, в вещество мозга нередко проникают осколки костей, снарядов и другие инородные тела.

Травмы мозга могут вызывать расстройства психической деятельности различной тяжести. По времени своего возникновения они подразделяются на следующие главные формы:

1) Острые расстройства, непосредственно связанные с травмой, и 2) хронические, посттравматические расстройства или отдаленные последствия травмы.

В современной войне разрывы снарядов, мин и авиабомб создают огромной силы воздушные и звуковые волны, которые часто приводят к явлениям сотрясения мозга.

Все другие виды травм также могут сопровождаться сотрясением мозга.

Основной симптом острого периода сотрясения мозга — потеря сознания. В легких случаях наблюдается кратковременная оглушенность сознания. В тяжелых случаях наступает глубокое помрачение сознания. Больные не фиксируют внимание на окружающем, даже сильные раздражения не доходят до их сознания. Постепенно сознание больных проясняется, но они еще длительное время испытывают психическую слабость, легкую утомляемость, забывчивость, неустой-

чивость настроения, головные боли, головокружения, расстройство сна. При благоприятном исходе все эти симптомы сглаживаются и больные выздоравливают. О полученной травме и остром периоде болезни у них остается только смутное воспоминание или полный пробел памяти (амнезия).

После контузий и ранений мозга также наблюдается помрачение сознания; иногда оно сопровождается состоянием возбуждения и спутанностью.

Когда симптомы острого периода травмы проходят, появляются первые признаки очаговых поражений головного мозга: судорожные припадки, параличи, расстройство речи, изменения чувствительности и т. п.

Последствия этих состояний более серьезны, чем при сотрясениях мозга; однако, некоторая часть острых симптомов с течением времени исчезает и нарушенные нервно-психические функции полностью восстанавливаются. В отдельных случаях все же отстаются стойкие хронические расстройства как в области психики, так и нервной системы.

Случаи острых травматических заболеваний мозга редко являются предметом судебной экспертизы, а потому судебно-психиатрическое значение их невелико.

В судебно-психиатрической практике чаще встречаются случаи отдаленных последствий травм. У лиц, перенесших сотрясение мозга (особенно после воздушной контузии), наблюдается психическая утомляемость, снижение трудоспособности, раздражительность, склонность к вспышкам аффекта. Иногда изменения характера у травмированных делаются более заметными. Больные становятся грубыми, импульсивными, при волнении они легко проявляют агрессивность и антисоциальное поведение.

В хронической стадии болезни многим травмированным свойственны невротические и истерические реакции. Они жалуются на плохое самочувствие, слабость, головные боли. При каждой трудной жизненной ситуации травмированные вступают в конфликты с окружающими, предъявляют чрезмерные требования, всегда неудовлетворены отношением к ним близких, соседей, а также лиц, к которым они обращаются с различными просьбами.

При волнении у них легко возникают припадки, сопровождающиеся плачем, криком, «командованием». Дрожание, заикание, потеря речи, параличи и другие истерические симптомы также часто появляются у них в ответ на каждую неприятную ситуацию.

Такого рода психогенные реакции описываются в психиатрической клинике под названием «травматического невроза»¹. В возникновении их играют роль не только воздействие физи-

¹ О травматической истерии см. в главе XV.

ческих факторов, но и явления психической травмы (страх, испуг, эмоциональный шок).

Сочетание перенесенной травмы с хроническим алкоголизмом обычно заостряет указанные изменения характера и усиливает истерические наслоения.

Все перечисленные нарушения психики у посттравматиков не прогрессируют и не обнаруживают каких-либо интеллектуальных дефектов. Поэтому в отношении совершенных ими правонарушений их в подавляющем числе случаев следует оценивать, как ответственных за свои действия.

К., 34 лет. Инвалид Отечественной войны. Демобилизован из армии в 1943 г. Обвиняется по ч. 2 ст. 74 и ст. 73. (Д. в состоянии опьянения требовал продажи ему водки, набрасывался на окружающих, бранился, разбил стекло в магазине, сопротивлялся при задержании и направлении его в отделение милиции.)

В прошлом до приема в армию испытуемый работал на производстве. Всегда отличался неустойчивым и возбудимым характером. Алкоголь употреблял с 19-летнего возраста, в состоянии опьянения был груб, несдержан. После сотрясения мозга, полученного на фронте в конце 1942 г., испытуемый длительно лечился в госпиталях. Отмечает, что после контузии он стал еще более раздражительным и вспыльчивым. Непосредственно после контузии он потерял сознание, затем в течение трех месяцев не говорил и плохо слышал. Постепенно речь и слух восстановились. К. был демобилизован из армии, получил инвалидность сначала 2-й, затем 3-й группы. С этого времени систематически не работал.

О своем правонарушении сообщает неохотно, заявляет, что выпил с приятелями стакан водки и две кружки пива, что произошло затем, он якобы плохо помнит, как очутился в отделении милиции — не знает.

При исследовании в институте испытуемый обнаруживает повышенные рефлексы, жалобы на головные боли, головокружение, утомляемость, плохой сон. Со стороны психики — аффективная неустойчивость, раздражительность, гневливость, слабодушие. При напоминании о деле у испытуемого легко возникают истерические реакции: он плачет, дрожит всем телом, теряет голос, заявляет, что ничего не помнит о случившемся, в то же время обвиняет окружающих в том, что к нему не отнеслись с должным вниманием, как к инвалиду войны, что его «вывели из терпения». Испытуемому известно, что он плохо переносит даже небольшие дозы алкоголя. В сновидениях он часто переживает ситуацию боевой обстановки, просыпается с криком команды, со страхом озирается по сторонам. Значительных интеллектуальных изменений К. не обнаруживает.

Диагноз заболевания: остаточные явления после перенесенного сотрясения мозга. Хронический алкоголизм. В отношении правонарушения, совершенного вне какого-либо расстройства психической деятельности, в состоянии простого опьянения, испытуемого К. следует считать вменяемым.

Приведенный случай является типичным примером часто встречающейся судебно-психиатрической экспертизы травматиков. Если врачебное исследование устанавливает у них достаточную сохранность личности, живость эмоциональных реакций, приспособляемость к жизни и труду, то они рассматриваются обычно, как вменяемые.

Как было упомянуто, судорожные припадки могут появляться иногда вскоре после травмы мозга. Возникновение их в остром периоде травмы указывает обычно на ухудшение заболевания и требует применения лечебных мероприятий.

Значительно чаще судорожные припадки появляются в поздних стадиях травмы. В отдельных случаях наряду с припадками наблюдаются и другие явления, свойственные эпилепсии. Такие случаи называют травматической эпилепсией. Из длительных наблюдений за травматиками известно, что наличие у них судорожных припадков не влечет за собой тяжелых изменений психики, характерных для эпилепсии. Поэтому судебно-психиатрическая оценка травматических поражений головного мозга с судорожными припадками большей частью не отличается от общей оценки других травматических случаев.

Значительно реже в судебно-психиатрической практике встречаются случаи с тяжелыми поражениями головного мозга, вследствие которых может развиваться травматическое слабоумие. Больные с травматическим слабоумием обнаруживают снижение интеллекта, стойкое выпадение отдельных психических функций, аффективную тупость, злобность, расстройство настроения. Травматическое слабоумие по своим клиническим проявлениям представляет собой преимущественно количественное снижение психической деятельности, т. е. частичное слабоумие.

В некоторых случаях травматическое слабоумие сопровождается периодически возникающими психотическими обострениями: спутанностью сознания, бредовыми идеями, галлюцинациями.

В случаях выраженного травматического слабоумия судебно-психиатрическая оценка решается в сторону невменяемости.

Для иллюстрации приводим случай травматического заболевания мозга с наступившим слабоумием.

К., 48 лет, по профессии продавец, грамотный. Обвиняется по ч. 2 ст. 74 УК РСФСР (хулиганство).

Рос и развивался правильно, хорошо учился, успевал в работе. В 1931 г. перенес тяжелую травму головы с ранением черепных костей и сотрясением мозга. Полтора часа был без сознания. Затем у больного было несколько припадков с потерей сознания. По выходе его из больницы припадки больше не повторялись. Появились стойкие дефекты со стороны психики: снижение памяти, внимания, сообразительности. К. потерял трудоспособность.

При исследовании в институте у испытуемого оказались значительные изменения со стороны центральной нервной системы. Кроме того, отмечались глубокие дефекты памяти: испытуемый забыл самые важные события своей жизни, не в состоянии был запомнить элементарные задания, не знал ни года, ни месяца, ни числа. Не понимал цели направления в институт, считал, что находится здесь только для лечения. Критика была глубоко снижена. При этом испытуемый проявлял бестолковость, суеверность, беспомощность.

Тяжелое ранение и сотрясение мозга привели к таким обширным органическим изменениям мозговой ткани, что в клинической картине заболевание выразилось в тяжелом слабоумии, в общем снижении всех видов психической деятельности. Испытуемый был признан невменяемым, и

с диагнозом «травматическое слабоумие» был направлен в психиатрическую больницу.

§ 2. Психические расстройства на почве сифилиса нервной системы

Сифилитические поражения нервной системы делятся на две группы: сифилис мозга и прогрессивный паралич.

В основе их лежит одна и та же причина — проникновение возбудителя сифилиса (бледной спирохеты) в центральную нервную систему. Однако реакции организма на действие спирохеты при сифилисе мозга и прогрессивном параличе имеют столь существенные отличия, что их рассматривают, как самостоятельные формы заболеваний.

1. Сифилис мозга

Под общим названием сифилиса мозга принято рассматривать болезни нервной системы, которые возникают у лиц, перенесших сифилис (примерно, в 10% всех случаев). Промежуток времени между моментом поражения сифилисом и первыми изменениями со стороны нервной системы в среднем равен 2—4 годам; этот период может быть и более длительным, достигая в некоторых случаях десяти и более лет.

При сифилисе мозга в зависимости от распространения инфекции поражаются либо мозговые оболочки, либо сосуды, питающие различные отделы мозга. Третью разновидность сифилиса мозга составляют гуммы, или сифилитические опухоли.

Уже из этого краткого описания проявлений сифилиса мозга видна склонность его к очаговому поражению мозгового вещества, что приводит к таким изменениям психики, которые имеют преимущественно частичный характер. Поэтому слабоумие при сифилисе мозга отличается неравномерностью в поражении отдельных психических способностей. То в более незаметной, то в более тяжелой форме нарушаются память, внимание, интеллект. Характер суждений становится более поверхностным и скудным, мышление замедленным. Больные при этом раздражительны, склонны к угнетенному настроению. В картине болезни в прямой зависимости от очаговых поражений выступают различные нервные симптомы: изменения со стороны зрачков, расстройства речи (афазии), расстройства письма, параличи. Чем больше поражен мозг, тем чаще к общим изменениям психики присоединяются бредовые идеи и галлюцинации. Однако, последние не являются непременными спутниками сифилиса мозга.

В некоторых случаях сифилиса мозга изменения психики настолько незначительны, что главное место в проявлениях болезни занимают нервные симптомы: головные боли, судорожные припадки, параличи и т. д. Если сифилис мозга проявляется в виде повторных кровоизлияний в мозг, то в результате таких сосудистых изменений в мозгу, вызывающих выпадение отдельных психических способностей (памяти, речи), устанавливается более тяжелая форма слабоумия.

В отдельных случаях сифилис мозга сопровождается эпилептиформными припадками.

Сифилитические заболевания мозга, особенно в острых стадиях болезни, поддаются антисифилитическому лечению. Во время проведенное лечение останавливает болезненный процесс, способствует исчезновению многих психотических симптомов и часто предупреждает наступление тяжелых форм слабоумия. В хронических случаях лечение менее действительно.

В связи с разнообразием клинических картин сифилиса мозга судебно-психиатрическая оценка не может ограничиваться только диагнозом заболевания. Симптомы болезни и течение сифилиса мозга подвержены очень большим колебаниям, особенно под влиянием лечения, поэтому учет тяжести заболевания и степени наступивших стойких изменений всегда требует тщательного исследования всех этапов болезни. Во всех случаях, где речь идет о неблагоприятно текущем процессе с прогрессирующим слабоумием, испытуемый признается невменяемым. В некоторых случаях признание невменяемости может основываться не столько на степени самого слабоумия, сколько вообще на признаках злокачественности сифилитического процесса и склонности его к распространению в центральной нервной системе.

Г., 38 лет, по профессии юрист, инвалид 2-й группы. Арестован на вокзале за продажу старых, использованных железнодорожных билетов. Обвиняется по ч. 2 ст. 169 УК РСФСР. В 25 лет Г. заразился сифилисом, лечился плохо. До 30 лет работал, успешно окончил юридический факультет, в работе проявлял большую активность. Отличался жизнерадостным характером. С 30 лет появились повышенная утомляемость, раздражительность, ослабление памяти. Вскоре у него развился паралич всей правой половины тела и расстройство речи. После длительного лечения в больнице речь восстановилась, хотя произношение слов осталось неясным. Правую ногу волочит при ходьбе, правая рука в согнутом положении. Движения ее ограничены. Со времени паралича испытуемый не работает, получает пенсию. Последнее время стал спекулировать и уже раз был арестован за спекуляцию, находился на испытании в психиатрической больнице в г. Одессе.

При исследовании в Институте им. Сербского испытуемый обнаруживает остаточные явления после перенесенного в прошлом паралича правой половины тела. Речь недостаточно ясная. По временам непроизвольный смех, который смущает его самого. Реакция на сифилис в крови положительная. Испытуемый доступен, охотно сообщает о себе сведения. При расспросах о деле дает аффективную реакцию, защищается, отрицает свою вину. Однако способы оправдания себя и доводы имеют наивный характер.

ктер. Испытуемый проявляет большое легкомыслие, поверхностность суждений. Со стороны эмоциональной сферы — беспечность, тупое отношение ко всему. При дальнейшем исследовании обнаруживается, что испытуемый вял, беспомощен, слабодушен, легко плачет. Интересы его ограничиваются элементарными жизненными потребностями. Знания, приобретенные в прошлом, с трудом воспроизводятся. При некоторой общей сохранности личности интеллект испытуемого все же значительно снижен, он не может длительно сосредоточиться на более трудном задании, устает, забывает, сообщает ложные сведения.

Описываемый случай ясно показывает общее снижение психики у больного с явлениями сифилиса мозга. Несмотря на некоторую сохранность личности, слабоумие настолько значительно, что испытуемый признан невменяемым и направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу.

В очень многих случаях перенесенный сифилис мозга не оставляет после себя значительных изменений ни в нервной системе, ни в психике (особенно своевременно и аккуратно леченный сифилис). Тогда судебно-психиатрическая экспертиза, взвешивая стойкость выздоровления и трудоспособность испытуемых в течение последних лет, может решить вопрос в сторону их вменяемости. Если заболевание дает о себе знать только незначительными симптомами, главным образом, нервными, то повторный курс специфического лечения может быть проведен в период экспертизы или в тюремной больнице.

2. Прогрессивный паралич

Другой формой психоза, возникающей на почве сифилиса, является прогрессивный паралич. По сравнению с описанными выше психозами при сифилисе мозга, прогрессивный паралич имеет более длительный промежуток времени от момента заражения до появления первых признаков болезни — обычно 5—10 лет. Это дает право называть его поздним сифилитическим психозом. Частота появления прогрессивного паралича у лиц, перенесших сифилис, составляет от 2 до 4%.

Прогрессивный паралич принадлежит к наиболее известным и точно описанным психозам. Эта форма была выделена из других психозов еще в 30-х годах XIX столетия на основании изучения течения болезни и посмертных изменений, найденных в мозгу паралитиков.

После того как в 1906 г. была открыта реакция на сифилис в крови и спинномозговой жидкости, а затем в 1913 г. был найден способ обнаружения сифилитической спирохеты в мозгу паралитиков, устранились все сомнения о причинах прогрессивного паралича. Стало ясно, что прогрессивный паралич представляет собой особое сифилитическое заболевание мозга.

Картина психических изменений при прогрессивном параличе нарастает незаметно. Первые признаки болезни очень по-

хожи на неврастению: больные обнаруживают понижение трудоспособности, бессонницу, повышенную раздражительность, рассеянность, жалуются на головные боли, утомляемость, слабость. Уже в этой неврастенической стадии прогрессивного паралича отмечаются изменения в характере больного, неустойчивость настроения, выходящая за рамки простой раздражительности.

Вскоре появляются первые предвестники снижения критики и слабости суждений. Больной перестает замечать наступающие в нем изменения, и в его поведении появляются неправильные, несвойственные ему поступки. Постепенно к этому присоединяется расстройство памяти, внимания, снижается осмысление, больной становится бестолковым, легкомысленным. Дефекты критики достигают такой степени, что больной нетерпим больше ни в семье, ни в обществе. Он совершает аморальные поступки, пристаёт с сексуальными домоганиями к женщинам, детям, совершает ненужные покупки и т. д. В настроении больных все больше нарастает то возбуждение, то угнетение, при полном отсутствии сознания своего болезненного состояния.

Слабость интеллекта быстро прогрессирует, больные не справляются с самыми простыми задачами, не могут выполнить привычных действий, надеть костюм, застегнуть пуговицы, завязать галстук. Они ходят неряшливыми, запущенными, полуодетыми. В области эмоциональной жизни проявляют внушаемость и слабодушие — легко поддаются плохому влиянию, плачут и смеются с легкостью капризного ребенка. На фоне такого психического снижения при прогрессивном параличе часто появляются нелепые бредовые идеи величия и богатства. Больные говорят о своих неисчислимых богатствах, огромных способностях, силе, красоте и деятельности, распространяющейся на весь мир. Из всех этих моментов оскудения психики — слабости, мышлительных процессов, снижения критики, слабодушия, внушаемости — складывается паралитическое слабодушие.

Из физических симптомов при прогрессивном параличе уже рано можно отметить маскообразное выражение лица, утрату ловкости и гибкости движений, дрожание век, языка и рук. Важными признаками прогрессивного паралича являются вялая реакция зрачков на свет и смазанная речь (дизартрия) с пропусками слогов и отдельных согласных букв. То же можно увидеть и в письме паралитиков (дрожание, пропуски, повторения).

Течение прогрессивного паралича нередко осложняется судорожными припадками, после которых у больных бывают кратковременные параличи и парезы (неполные параличи).

В крови и спинномозговой жидкости с самого начала бо-

лезни обнаруживается положительная реакция на сифилис, что всегда служит большим подспорьем в диагностике заболевания.

Нелеченный прогрессивный паралич в большинстве случаев приводит сравнительно быстро (в течение 2—3 лет) к нарастанию тяжелого слабоумия и общего физического истощения со смертельным исходом.

Все органы и ткани паралитика подвергаются изменениям: кожа делается ранимой, подверженной ссадинам и пролежням, кости хрупки и ломки, недержание мочи и кала способствует загрязнению и заражению ран на теле и длительному их незаживлению.

И., 46 лет, женат, детей не имеет. Десять лет тому назад заразился сифилисом, лечился неаккуратно. Первые признаки психического заболевания стал обнаруживать два года тому назад. Снизилась трудоспособность, на службе в магазине, где он был продавцом, совершал ошибки, выдавал не те продукты, неправильно взвешивал, забывал. Был уволен с работы. Постепенно дефекты психики стали более заметны. И. стал продавать из дому вещи, пил, не поддавался никаким увещаниям. Однажды под влиянием группы лиц пытался вынести из соседней квартиры чужие вещи. Был тут же задержан, так как совершил кражу крайне неловко, захватив настолько громоздкие предметы, что не смог их вынести.

Ввиду непонятного поведения и безразличного отношения к аресту был направлен на испытание в институт.

При исследовании в институте испытуемый обнаружил вялую реакцию зрачков на свет, спотыкание в речи, пропуски в письме, неуверенность, неточность движений. Реакция на сифилис в крови и спинномозговой жидкости оказалась резко положительной.

Со стороны психики бросались в глаза далеко зашедшие изменения: слабость суждений, отсутствие критики, нелепые бредовые идеи величия, — больной заявлял, что он владелец всех кооперативов, что он построил метро, что он перелетел через северный и южный полюсы и т. д. Обнаруживал также двигательное беспокойство, стремление во все вмешиваться, повышенную раздражительность. Заболевание в короткое время приняло все усиливающийся характер.

Испытуемый с диагнозом «прогрессивный паралич», как неизменяемый в отношении правонарушения, совершенного в состоянии болезни, был направлен в психиатрическую больницу для лечения на общих основаниях.

Установлено, что обычно принятые методы лечения сифилиса — ртуть и сальварсан — при прогрессивном параличе несколько не помогают. Во многом это зависит от ослабленных при прогрессивном параличе защитных функций организма и ослабленной ответной реакции самого мозга. В 1917 г. венский ученый Вагнер-Яурег стал лечить паралитиков прививкой малярии, и впервые в истории прогрессивного паралича стали известны случаи выздоровления, наступающего под влиянием лечения.

Малярийное лечение описанных форм, как уже указывалось, дает тем лучшие результаты, чем раньше оно применяется. Если удастся подвергнуть больного лечению в невра-

стенической стадии паралича, то тем больше можно надеяться на выздоровление.

Под влиянием лечения у больных прежде всего наступает физическое улучшение: они поправляются, прибывают в весе, их мышечная сила укрепляется, исчезает дрожание, слабость, головные боли. Психически они становятся спокойнее, сосредоточеннее, серьезнее. У них восстанавливаются память, внимание, запасы прошлых знаний и умение оперировать ими, исчезают бредовые идеи и неровность настроения, появляется интерес к жизни, возвращается трудоспособность.

В зависимости от степени выздоровления принято различать полное выздоровление (такие случаи сравнительно редки), улучшение с дефектом и преимущественно физическое улучшение.

Судебно-психиатрическая оценка прогрессивного паралича, не леченного малярией, не представляет больших затруднений. В каждом случае, где установлено наличие изменений со стороны нервной системы и психики, характерных для прогрессивного паралича, испытуемый должен быть признан невменяемым и нуждающимся в лечении.

В судебно-психиатрической практике встречаются случаи, когда правонарушение совершается параликом в начальной стадии болезни, еще мало заметной для окружающих. Исследование подобных случаев показывает, что уже в самом начале прогрессивного паралича имеются признаки, свидетельствующие о тяжести и опасности наступившего процесса. Ввиду этого и в начальных стадиях прогрессивного паралича экспертиза приходит к заключению о невменяемости.

Наибольшие трудности для судебно-психиатрической экспертизы представляют случаи прогрессивного паралича, леченного малярией. Количество таких случаев увеличилось за последние годы. Среди них мы встречаем больных с полной нетрудоспособностью и лиц, вернувшихся к самостоятельной работе, справляющихся с ней на протяжении нескольких лет. Если после проведения малярийной терапии наступают повторные обострения болезни и изменения характера и признаки слабоумия налицо, то таких больных следует считать невменяемыми, как и в случаях нелеченных.

К заключению о вменяемости могут приводить некоторые случаи удачно леченных малярией прогрессивных паралитиков. Вернувшиеся к жизни, работающие, успевающие, наделенные всеми гражданскими правами, они представляют серьезные трудности для психиатрической экспертизы. Отрицать вменяемость некоторых хорошо леченных паралитиков только из опасения, что состояние их вдруг может снова ухудшиться, не является правильным решением. Учитывая в исключительных случаях стойкость ремиссии, полную

сохранность личности, восстановление трудоспособности не ниже своей прошлой профессии, отсутствие каких-либо признаков болезни, указывающих на движение процесса, эксперт может прийти к выводу о вменяемости.

§ 3. Эпидемический энцефалит

Среди органических заболеваний мозга, сопровождающихся психическими изменениями, большое место занял эпидемический энцефалит. Эта болезнь называется также летаргическим энцефалитом, или просто «сонной болезнью». Она стала известна только с 1916 г., со времени войны. Эпидемический энцефалит распространился по всем странам света. Возбудитель эпидемического энцефалита точно еще неизвестен, но инфекционный характер заболевания установлен.

В основе эпидемического энцефалита лежит заболевание некоторых отделов головного мозга, главным образом так называемых подкорковых узлов, т. е. нервных центров, которые ведают инстинктивной жизнью, регулируют рефлекторные и автоматические движения нашего тела, оказывают влияние на эмоционально-волевые проявления психической жизни. Эти отделы мозга при эпидемическом энцефалите подвергаются воспалительному процессу.

Острая стадия эпидемического энцефалита почти не имеет значения в судебной психиатрии. Как и все инфекционные заболевания, энцефалит протекает в этой стадии при повышенной температуре, помраченном сознании, головной боли. К этому присоединяется сонливость, которая может длиться несколько недель в течение дня и ночи. Иногда, наоборот, болезнь выражается в длительной, упорной бессоннице. Бессонница может сопровождаться двигательным беспокойством и достигать степени резкого возбуждения. Судороги, припадки, двоение в глазах, слюнотечение — все это указывает на мозговой характер болезни.

Вслед за острой стадией, если не последовало выздоровления, наступает хроническое течение болезни.

Внешний вид больных хронической формой эпидемического энцефалита в выраженных случаях очень характерен. Фигура больного наклонена вперед, голова, туловище, конечности находятся в вынужденной позе. Больной скован в своих движениях. Лицо его маскообразно, глаза немигающие, голос легко спадающий, лишенный выражения, монотонный. При ходьбе больной не совершает сопутствующих движений руками. Иногда глазные яблоки энцефалитика вдруг судорожно закатываются вверх. В тяжелых случаях скованность достигает степени полной неподвижности. Интересно, что на короткое время скованный энцефалитик под влиянием внезапного возбуждения может растормозиться и совершить ряд быстрых и сильных движений: побежать, вскочить на ходу

в трамвай и затем вернуться в состояние прежней неподвижности.

Сонливость или бессонница часто наблюдается и в хронической стадии эпидемического энцефалита. Больной засыпает стоя, сидя у стола, за работой.

Заболевание сопровождается почти всегда изменениями со стороны психики. Замедляется темп психической жизни больных: они медленно думают, медленно соображают, неспособны длительно напрягать внимание. Они лишены инициативы. Их эмоциональная жизнь грубеет, фиксируется на примитивных чувствах, инстинктах, влечениях. Духовные интересы их суживаются, больные становятся пассивными и бездеятельными.

В некоторых случаях эпидемического энцефалита, особенно при заболевании, возникшем в юношеском возрасте, двигательные расстройства могут быть не так заметны. Главное место в картине болезни занимают изменения в характере больных. Они становятся раздражительными, злобными, упрямыми, жестокими. Своей назойливостью они мучают окружающих, не оставляя никого в покое ни в семье, ни в больнице.

Многие действия приобретают характер насильственных, мучительных для самого больного. Некоторые действия возникают периодически, как припадки, приводя больных к агрессивным поступкам, нападениям, к проявлениям без задержек своих сексуальных влечений.

Н., 38 лет, с культурными навыками, с образованием, перенес в прошлом эпидемический энцефалит. Нервные симптомы болезни выражены у него нерезко. Уже в течение нескольких лет у больного появилось непреодолимое влечение при виде женщины падать на колени и произносить горячие монологи — объяснения в любви; при этом он переживал половое удовлетворение. Он совершал эти поступки в любом месте, на людных улицах, площадях, собирая вокруг себя толпу. Хорошо зная о последствиях своего поведения, он все же стереотипно повторял одно и то же, подвергался аресту и затем после экспертизы направлялся в психиатрическую больницу.

Своеобразие психических изменений, наступающих при эпидемическом энцефалите, не позволяет причислить их к обычным формам органического слабоумия. Даже в самых тяжелых случаях скованности трудно с уверенностью говорить о поражении интеллектуальных функций и наступившем слабоумии. Психические изменения заключаются, главным образом, в нарушении эмоциональной и волевой жизни больных, в снижении инициативы и побуждений. В характере больных появляются грубые аморальные черты, которые могут иногда быть единственным признаком болезни, например, у несовершеннолетних энцефалитиков.

Однако длительность течения эпидемического энцефалита, наступающее ослабление памяти и внимания, сужение интересов приводит к тому, что хронические больные нередко постепенно снижаются до слабоумия.

Г., 25 лет, холост, профессии не имеет. Родители здоровы, имеют еще троих детей. Г. рос и развивался правильно, учился в школе, успева. Был в меру подвижным, шаловливым, от других детей ничем не отличался.

12 лет заболел эпидемическим энцефалитом. Два месяца лежал в больнице. Во время болезни непрерывно спал, появилось сильное слюноотечение, двоение в глазах. По выходе из больницы чувствовал общую слабость, при ходьбе падал вперед. Продолжал учение в школе, но через три месяца почувствовал, что учиться не может, не успевает за всеми; кроме того, окружающие стали смеяться над его походкой. Учиться бросил, помогал отцу в работе по хозяйству. Однако и это не давалось. Состояние постепенно ухудшалось. Появились скованность, медлительность в движениях, головные боли. Иногда испытывал страхи. С возрастом нарастала скованность; наряду с этим (по словам родных и соседей) у больного изменился характер, в поведении стали отмечаться грубость, циничность, странные поступки. Воровал из дому вещи, приставал к девушкам, вступал в драки, онанировал при всех, стал злобным, упрямым. К 16 годам стал убегать из дому. Неоднократно подвергался аресту за кражи, поджоги и помещался в больницы на лечение. Из больниц убегал. Несколько раз находился на испытании в Институте им. Сербского. Обвиняется по ч. 2 ст. 175 УК РСФСР в поджоге амбара.

В институте испытуемый хорошо знает, в каком учреждении находится, помнит врачей, знает причины помещения в институт. Во времени ориентирован неточно. Заявляет, что совершил поджог потому, что «так пришло в голову».

Признаки эпидемического энцефалита у больного резко выражены: лицо маскообразно, мимика застывшая, улыбка с трудом появляется на лице и так же медленно исчезает. Взгляд неподвижен, веки не мигают. При ходьбе нет сопутствующих движений рук. Долго сохраняет принятую позу. Речь глухая, малопонятная, но говорит больной быстро, повторяя одно и то же слово несколько раз. Голос постепенно спадает до шопота.

Со стороны психической отмечаются навязчивость, назойливость, бесконечное приставание ко всем с различными просьбами и жалобами. Больной ест очень много, циничен, гиперсексуален, онанирует на глазах у персонала и больных. Он вступает в конфликты с окружающими, мелочен, лжив, труслив, ищет защиты у персонала. Легко внушаем.

Хотя испытуемый сохранил некоторые школьные знания и опыт из сельской жизни, однако весь уровень его психической жизни снижен, мышление замедленное, круг интересов резко ограничен, критика ослаблена.

Испытуемый снова признан невменяемым как душевнобольной, страдающий хронической формой эпидемического энцефалита. В акте сделано специальное указание о необходимости применения к испытуемому длительного принудительного лечения.

Энцефалитики с хроническим течением болезни в связи с огрубением личности и утратой индивидуальных черт характера склонны давать элементарные, примитивные реакции.

Под влиянием травмирующей ситуации они прежде всего проявляют усиление свойственных им моторных и соматических расстройств. Они дрожат или, наоборот, застывают в неподвижной позе, впадают в сон, теряют способность говорить; своим внешним видом они производят впечатление беспомощных тяжелых больных. Сведения, полученные о них, говорят о том, что эти больные не плохо приспосабливались к жизни и не обнаруживали в такой выраженной форме симптомов своей болезни.

В пер
травации
а также

Все эт
болезнен

Суде

ского эн

когда ус

энцефали

нивать ка

даже при

туемые т

правлены

Выраж

мость, ам

импульси

водят к

в виду, ч

ляются п

психики.

ступления

чаях мож

Таким

при кото

оставляю

могут бы

особенно

пень соц

собность.

Скле

большое

нервной с

тельной

сосудов

питающих

артериоск

расту, мо

пающими

От пр

его норма

Склеро

образом

в некото

вается. П

или, чаще

В период экспертизы энцефалитики часто прибегают к аг-
гравации болезненных проявлений, преувеличению жалоб,
а также к защитным истерическим реакциям.

Все эти моменты важно учитывать при определении степени
болезненных изменений при энцефалите.

Судебно-психиатрическая оценка эпидемиче-
ского энцефалита отличается сложностью. Во всех случаях,
когда устанавливаются нарастающие психические изменения,
энцефалитиков, совершивших правонарушение, необходимо оце-
нивать как невменяемых. В тяжелых случаях со скованностью,
даже при отсутствии заметных расстройств интеллекта, испы-
туемые также должны быть признаны невменяемыми и на-
правлены на лечение.

Выраженные изменения характера (назойливость, возбуди-
мость, аморальность) в силу свойственной часто этим больным
импульсивности, тяжелой недисциплинированности также при-
водят к заключению о невменяемости. Однако следует иметь
в виду, что преступления энцефалитиков далеко не всегда яв-
ляются непосредственным выражением указанных расстройств
психики. Нередко при незначительном дефекте психики их пре-
ступления вытекают из социальной деградации. В таких слу-
чаях может идти речь о вменяемости энцефалитиков.

Таким образом, в ряде случаев эпидемического энцефалита,
при которых заболевание отличается легким течением, не
оставляющим после себя значительных изменений, испытуемые
могут быть признаны вменяемыми. При этом нужно учитывать
особенности реактивных наслоений во время экспертизы, сте-
пень социального снижения больных, а также их трудоспо-
собность.

§ 4. Артериосклероз мозга

Склероз сосудов головного мозга занимает
большое место среди органических заболеваний центральной
нервной системы. Артериосклероз мозга может быть самостоя-
тельной болезнью, но чаще он сопровождается изменением
сосудов во внутренних органах, например, склерозом сосудов,
питающих мышцу сердца, или сосудов почек. Кроме того,
артериосклероз, являясь болезнью, свойственной пожилому воз-
расту, может идти рядом со старческими изменениями, насту-
пающими в мозгу, особенно после 50 лет.

От правильного снабжения головного мозга кровью зависит
его нормальная деятельность.

Склероз заключается в том, что стенки сосудов (главным
образом артерий) утолщаются, теряют свою эластичность и
в некоторых случаях просвет сосудов полностью закупори-
вается. Происходит этот процесс от усиленной работы сосудов
или, чаще, от воздействия на сосуды различных ядов (токси-

нов), вводимых в организм (алкоголь, никотин), или ядов, появляющихся во время различных инфекционных болезней.

Изменение сосудистой стенки мозга происходит постепенно. Вначале сосуд утолщается, просвет его суживается; это ведет к уменьшению притока крови к веществу мозга, следовательно, к ухудшению питания. Уже в этот период артериосклероз отражается на психической деятельности: снижается память, притупляются способности, падает настроение, наблюдаются обмороки, головокружения, головные боли.

Закупорка сосуда нарушает питание отдельных участков мозга и приводит к их разрушению. Некоторые сосуды, потеряв свою прочность, под влиянием напора крови могут подвергаться разрыву. Кровь во время разрыва (инсульта, удара) изливается в окружающую нервную ткань и на определенном участке разрушает ее. В зависимости от величины разрушенного участка и значения его в работе мозга в этих случаях, так же как и при очаговых поражениях при сифилисе мозга, наступают припадки, параличи, расстройства речи, расстройства памяти и общее снижение психической деятельности до тяжелых форм слабоумия. Иногда при артериосклерозе мозга появляются более сложные картины психозов: больные заполняют пробелы памяти (амнезии) измышлениями, испытывают тоскливо-тревожное настроение, волнуются, плачут, изредка находятся под влиянием галлюцинаций.

В большинстве случаев артериосклероз мозга течет медленно и незаметно изменяет личность больного. Утрачивается инициатива, продуктивность в работе, суживается круг интересов, появляется слабодушие; все же личность больного, его навыки, манеры, воспитание, моральные устои длительно сохраняются.

В судебно-психиатрической практике чаще всего приходится встречаться не столько с тяжелыми формами самого артериосклероза мозга, сколько с возникающими на почве артериосклероза реактивными состояниями. Каждое сильное переживание в обыденной жизни вызывает у склеротиков слезы, растерянность, чувство обиды, подозрительность. Более тяжелые события, например, арест, легко приводят их в угнетенное состояние, длительно фиксирующееся. Эти реактивные наслоения создают впечатление тяжести заболевания, не соответствующей действительности. Своими жалобами, угнетенным видом, слезливостью испытываемые часто пытаются воздействовать на врача, вызвать к себе сожаление и избежать наказания.

Во всех случаях, когда артериосклероз не приводит к значительным изменениям личности, делается вывод о вменяемости.

Только в тяжелых случаях артериосклеротического слабоумия при повторных кровоизлияниях в мозг, при злокачественном течении болезни дается заключение о невменяемости.

§ 5. Предстарческие психозы и старческое слабоумие

Предстарческие изменения в организме наступают обычно к 50—60 годам. Предстарческий возраст характеризуется, главным образом, инволюцией желез внутренней секреции, благодаря чему снижается несколько общий жизненный тонус, падает половая сила, наступают функциональные расстройства кровообращения, повышается кровяное давление. У женщин инволюция является более критическим этапом в жизни организма. Выпадение функций половых желез приводит у них к прекращению менструаций, этот период у женщин носит название климактерического (или климакса).

Предстарческий кризис сопровождается иногда то более, то менее выраженными нарушениями со стороны психики. Чаще всего они проявляются в колебаниях настроения (главным образом в сторону депрессии), раздражительности, ипохондрических состояниях.

Следует отметить, что в предстарческом возрасте, особенно у женщин, легко возникают различного рода реактивные состояния, истерические реакции. В условиях ареста и других травмирующих переживаний реактивные состояния приобретают у них бурный характер (острых истерических психозов). На почве климактерических изменений в организме реактивные состояния могут принять затяжное течение.

Все же все эти психические изменения, возникающие в предстарческом возрасте, протекают эпизодически, обычно сглаживаются и не оставляют каких-либо значительных дефектов психики.

Поэтому большинство таких испытуемых экспертиза признает вменяемыми.

В предстарческом возрасте встречаются и более тяжелые психозы. К ним относятся инволюционная меланхолия и инволюционный бред. Больные в этих случаях депрессивны, испытывают страхи, высказывают бред греховности, самообвинения, преследования. Их бредовые идеи не поддаются коррекции. Под влиянием расстройства настроения и бредовых идей они бывают склонны к самоубийству, к уничтожению близких, к агрессивным действиям в отношении будто бы преследующих их лиц.

Судебно-психиатрическая оценка таких случаев требует, разумеется, экскулпации и принудительного лечения.

Р., 48 лет. Обвиняется по ст. ст. 19—136 УК (покушение на убийство), (нанесла ряд ранений топором по голове своему мужу).

Испытуемая — работница. Заботливая, аккуратная хозяйка. С мужем прожила около 20 лет. Детей не имела. По характеру — скромная, сдержанная, общительная.

С 46 лет появились расстройства эндокринных желез: исчезли менструации, она одряхлела, появился усиленный рост волос на лице; изменилась по характеру — стала тревожной, депрессивной, нарушился сон

(по ночам вставала, ходила, курила), забросила хозяйство. В отношениях к окружающим обнаруживала подозрительность, недоверчивость, раздражительность. Эти изменения в личности больной нарастали.

В течение всей жизни и до последнего времени отношения с мужем были дружеские, супруги проявляли друг к другу большую заботу, муж был предан ей. Во время ее болезни он выполнял все домашние работы, с ней был мягок и ласков.

Однажды испытуемая внезапно на рассвете нанесла спящему мужу много ударов топором по голове. На крик ее сбежались соседи, она кричала: «Убила Васеньку».

При исследовании в институте испытуемая была депрессивна, не спала, высказывала бредовые идеи: считала себя преступницей, грешницей, обвиняла себя в различных пороках, считала, что в течение всей совместной жизни с мужем она обманывала его, была недостойна его любви. Говорила о муже, что он чистый, честный, праведный, она же изменяла ему, скрывала от него свои грешные мысли.

Такое депрессивно-тревожное состояние и бредовые идеи греховности и самоуничтожения длились у испытуемой в течение всего времени пребывания в институте. Улучшения не наступило и после свидания испытуемой с мужем, который поправился от нанесенных ему ран и проявил к ней доброе, заботливое отношение.

Испытуемая была признана душевнобольной, невменяемой в отношении совершенного правонарушения. С диагнозом — климактерический психоз она была направлена в психиатрическую больницу на принудительное лечение.

Старческое слабоумие. Наряду с артериосклеротическими изменениями, а иногда и более обособленно в позднем возрасте (70—80 лет) могут наступать старческие изменения мозга. Уменьшается вес мозга, наступает сморщивание его, особенно в лобных отделах. В случаях патологической старости эти процессы сопровождаются также гибелью нервных клеток и волокон.

Если в обычной старости несколько изменяются черты характера, появляются эгоистичность, черствость, узость интересов, сварливость, скупость, некоторая наивность взглядов, излишняя болтливость, то эти особенности еще не следует расценивать как болезнь. Многие старики длительно сохраняют ясность мысли и работоспособность, несмотря на явно выраженные физические признаки старости.

В выраженных случаях старческого слабоумия у больных обнаруживается полная потеря памяти. Они забывают все, вплоть до места расположения своей кровати, своей комнаты, не помнят имен своих близких. Они то злобно раздражительны, то беспечно веселы, «впадают в детство». В некоторых случаях они склонны к депрессивному настроению и бреду греховности, заявляя при этом, что все у них погибло, пропало, сгорело, что у них нет желудка, нет сердца, что они виновники всех бедствий, болезней, войн и т. д. Обычно больные со старческим слабоумием плохо спят по ночам, и в это время у них усиливаются бредовые мысли и возбуждение.

Р., 75 лет, с выраженными признаками артериосклероза и старчества. С трудом передвигается, правую ногу волочит. Лицо покрыто глубокими морщинами, волосы седые. Обвиняется в развращении девочки. При напоминании об этом плачет, оправдывается, заявляет, что девочка (6 лет) сама привела его в сарай и склоняла его к сексуальным действиям. Не замечает наивности и невозможности подобных доводов. При исследовании уровень психики оказывается глубоко сниженным. Испытуемый не помнит самых важных событий и дат своей собственной жизни, не помнит имен своих детей, туп и вял, но боится наказания за содеянное, выражает это главным образом в слезах и просьбах отпустить его домой. С диагнозом — «старческое слабоумие» испытуемый направлен на принудительное лечение.

Физическая слабость, беспомощность, пассивность лиц, страдающих старческим слабоумием, редко делают их объектом судебно-психиатрической экспертизы. Однако отдельные случаи правонарушений при старческих психозах встречаются.

Наиболее характерными для них являются нелепые поступки (поджоги), бесцельные кражи, сексуальные преступления (в форме развращения малолетних), что связано с ослаблением половой силы (импотенция) при наличии усиленного полового влечения.

Судебно-психиатрическая оценка случаев со старческим слабоумием требует применения медицинских мер, помещения в психиатрические учреждения для принудительного лечения.

ГЛАВА XIII НАРКОМАНИИ

Психиатрия занимается изучением по преимуществу тех отравляющих веществ, которые оказывают действие на центральную нервную систему и употребление или злоупотребление которыми может быть источником душевной болезни.

Отравления наркотическими веществами представляют для психиатрии особый интерес и значение, так как они оказывают главное и преимущественное действие на головной мозг, часто быстро делаются предметом неодолимого влечения и привычки к ним и нередко являются причиной острых и хронических душевных заболеваний. Наибольшее значение среди наркотиков, в частности в судебно-психиатрическом отношении, имеют алкоголь, морфий и кокаин. Другие формы наркоманий встречаются редко, большей частью лишь как частное проявление общей склонности к наркотикам. Поэтому в дальнейшем изложении мы ограничимся рассмотрением главных, наиболее часто встречающихся видов наркоманий — алкоголизма, морфинизма и кокаинизма.

§ 1. Алкоголизм

Алкоголь играет очень большую роль в происхождении душевных заболеваний. Это обусловливается, во-первых, тем, что он является наркотическим ядом по преимуществу и оказывает особое действие на центральную нервную систему, а во-вторых, его доступностью.

Исследования показали, что под действием даже очень небольших доз алкоголя происходит затруднение в усвоении и переработке внешних впечатлений, замедление ассоциативного процесса, при счете и заучивании наизусть отмечаются замедление работы, ее неравномерность, нарастание ошибок и т. п. Уже самые малые количества алкоголя заметно понижают способность к высшей умственной и творческой работе, причем это отрицательное влияние алкоголя на психическую деятельность сопровождается обманчивым ощущением облегчения и повышенной работоспособности.

Душевные заболевания, связанные с употреблением алкоголя, делятся: 1) на болезненные состояния, вызываемые острым отравлением алкоголем (опьянением), и 2) на

расстройства, возникшие в результате хронического злоупотребления спиртными напитками.

К первой группе относятся различные формы так называемого «патологического опьянения», ко второй, гораздо более многочисленной, — душевные болезни, острые и хронические, наблюдающиеся у лиц, привычно злоупотребляющих алкоголем.

П а т о л о г и ч е с к о е, или «о с л о ж н е н н о е», опьянение имеет серьезное значение в судебно-психиатрическом отношении. Алкогольное опьянение, хорошо знакомое из повседневной жизни, у разных людей проявляется, как известно, далеко не одинаково. В некоторых случаях, в зависимости от различного рода условий (врожденных, приобретенных или случайных), опьянение алкоголем настолько уклоняется от обычного типа, что принимает характер явно ненормального, болезненного состояния.

Патологическое опьянение не следует рассматривать как особенно тяжелую степень опьянения. Оно представляет собою качественно отличное от обычного опьянения болезненное состояние и по существу является острым кратковременным душевным расстройством, возникающим под влиянием приема алкоголя.

Подобное болезненное опьянение обыкновенно имеет место при наличии известного предрасположения. Оно наблюдается или у лиц, от природы психически неуравновешенных и неполноценных (психопатов, олигофренов), или на почве приобретенных психических аномалий (у невротиков, травматиков, хронических алкоголиков, органиков, но особенно часто и в наиболее тяжелых формах у страдающих эпилепсией), или, наконец, в связи со случайными ослабляющими моментами, например, утомлением, голодом, отсутствием сна, послеинфекционной слабостью, душевными волнениями (огорчения, неприятности, обида, раздражение, гнев и т. п.). Патологическое опьянение является, таким образом, выражением не выносливости к алкоголю, врожденной или приобретенной, постоянной или временной.

Наиболее частой формой является «эпилептоидное» патологическое опьянение, которое, как показывает само название, близко по своей картине к эпилептическому сумеречному состоянию. Оно развивается или после очень небольшого количества алкоголя, или при ясно выраженном опьянении, иногда без видимой причины, чаще, однако, под влиянием какого-либо повода (оскорбление, ссора и т. д.). Оно обнаруживается обычно внезапным и резким изменением состояния и поведения опьяневшего. Сознание расстраивается, ориентировка утрачивается, появляется неясное или ложное восприятие окружающей обстановки и ситуации, возникают иногда галлюцинации и отрывочные ложные идеи и как реакция на эти переживания — возбуждение и неправильное поведение.

В одних случаях преобладают аффекты гнева, сопровождающиеся неудержимым буйством и стремлением к слепой агрессии и разрушению. В других случаях преобладают состояние страха, устрашающие образы, представление о грозящей опасности или гибели, вызывающее защитную реакцию: стремление бежать, вооружаться для обороны, нападать на воображаемых врагов и т. п.

Наряду с резкой переменой в психическом состоянии наступление болезненного опьянения обычно сопровождается изменением и физического состояния. Всего ярче это сказывается в исчезновении физических признаков опьянения: движения человека, перешедшего из обычного опьянения в патологическое, становятся правильными, сильными и точными, походка — твердой и уверенной, речь — внятной и отчетливой. Внешний облик утрачивает черты пьяного состояния. Поведение получает характер внешней целесообразности и кажущейся сознательности.

Продолжительность патологического опьянения обычно очень невелика: от нескольких минут до немногих часов. Заканчиваются такие состояния глубоким и продолжительным сном с последующей утратой воспоминания (амнезия) или лишь с очень смутным и отрывочным представлением о происшедшем.

Другие формы патологического опьянения по своей редкости не имеют практического значения и могут быть оставлены без рассмотрения.

А., 39 лет, механик, образование низшее, женат. Обвиняется в покушении на убийство.

Обстоятельства дела: в г. Калинин около двух часов ночи А. пытался войти в ресторан, но так как находился в нетрезвом состоянии, он не был допущен швейцаром. А. был возбужден отказом, бранился, шумел, пытался войти насильно, но затем ушел, сказав: «Вы были сторожами, сторожами и останетесь».

По одним сведениям, через два часа, по другим — несколько раньше, А. снова появился у ресторана, одетый уже в длинное демисезонное пальто. В этот момент швейцар не впускал в ресторан мужчину с дамой ввиду их нетрезвого состояния. А. в течение некоторого времени стоял спокойно, наблюдал пререкания швейцара с упомянутыми посетителями, затем выхватил спрятанное под пальто охотничье ружье и выстрелил в швейцара, ранив его в голову. Повернувшись, он направил ружье против находившегося возле него милиционера, но был им обезоружен при содействии сторожа ресторана. Доставленный в отделение милиции без сопротивления, дал днем подробные и связные показания, из которых явствовало, что в течение четырех дней он сильно выпивал, после чего поздно вечером он пожелал зайти в ресторан, чтобы выпить еще, но швейцар не пустил его, причем он смутно слышал, как кто-то, может быть швейцар, может быть кто-то другой, произнес по его адресу, что следовало бы ему, А., хорошенько «наложить». Что было с ним дальше, не помнит.

Через два дня после ареста А. был переведен из милиции в психоприемник, где у него отмечено неясное сознание, намеки на бред преследования, разговор с самим собой, бессонница и сильное дрожание рук. Оттуда он переведен на испытание в областную невро-психиатрическую больницу им. Литвинова, где в течение нескольких дней обнаруживал явле-

ния острого алкогольного психоза (белогорячное состояние). Комиссией врачей больницы признан хроническим алкоголиком, в обычном состоянии вменяемым. В отношении же инкриминируемого деяния, как совершенного в болезненном состоянии, признан невменяемым.

Ввиду несогласия суда с заключением экспертизы А. был направлен на испытание в Институт им. Сербского.

Испытуемый женат, имеет здоровую дочь 9 лет. С женой живет дружно. Венерические заболевания отрицает. Алкоголь употребляет с 25-летнего возраста, пьет ежедневно («приятели втянули»). За последние три года иногда, после усиленного злоупотребления вином, бывали бессонница, страх, кошмары (казалось, что на него валятся стены, набрасывается крокодил, что он падает в пропасть и т. п.).

С семнадцатилетнего возраста, после полученного им ушиба головы, сопровождавшегося бессознательным состоянием, у него наблюдаются редкие эпилептические припадки, иногда с непроизвольным мочеиспусканием.

При обследовании в институте со стороны нервной системы, за исключением значительного дрожания пальцев рук, не обнаружено ничего патологического. С психической стороны отмечается ясное сознание, правильная ориентировка во времени, месте и ситуации. Доступен, но несколько обстоятелен в разговоре. Умственные способности не нарушены, течение мыслительных процессов несколько замедлено. Бредовых идей и обманов чувств не обнаруживается. Настроение подавленное в связи с судебным делом. Поведение правильное. О совершенном им преступлении говорит неохотно. Утверждает, что не помнит ничего о происшедшем после его недопущения в ресторан.

Задачей экспертизы в данном случае является определение душевного состояния испытуемого в момент совершения преступления.

Наличие стойких изменений его личности в результате алкоголизма и травмы, аффективное возбуждение при столкновении со швейцаром, внезапный переход от сильного опьянения к ряду сложных, планомерных, внешне целесообразных действий, выполняемых молча и продолжительно и завершающихся поступком, явно не соответствующим поводу, а равно и последующая амнезия в отношении происшедшего показывают, что в данном случае имело место скоропреходящее болезненное состояние. Это состояние возникло у личности, психически инвалидизированной, и проявилось в поведении, носившем характер автоматических действий; возникшее под влиянием алкоголя, оно качественно отличалось от обычного опьянения и должно быть квалифицируемо как «патологическое опьянение», исключаящее вменяемость.

Для распознавания патологического опьянения, главным образом, в отношении отграничения от обычного опьянения, имеют значение указания на проявления невыносливости к алкоголю в прошлом, наступление опьянения после небольшого количества алкоголя, отсутствие физических признаков опьянения, необычное, с характером автоматизма, поведение и отсутствие воспоминаний (амнезия) о происшедшем.

К расстройствам, развивающимся на почве хронического отравления алкоголем, относятся: хронический алкоголизм, бред ревности или бред супружеской неверности,

белая горячка (*delirium tremens*), алкогольный галлюциноз, корсаковский психоз и запой (дипсомания).

(а) **Хронический алкоголизм.** Продолжительное, обычно годами длящееся употребление алкоголя вызывает ряд стойких изменений физического и психического состояния, дающих в своей совокупности типическую картину хронического алкоголизма.

Клиническая картина хронического алкоголизма складывается из симптомов психических и физических. Расстройства психической сферы обнаруживаются в изменении всей личности алкоголика с характером упадка и деградации во всех сферах душевной жизни.

В эмоциональной сфере отмечаются ослабление моральных чувств, грубость, раздражительность, склонность к вспышкам гнева и агрессивности, эгоизм, подозрительность, легкомысленное, поверхностное отношение к своему положению, своим обязанностям, хвастливость, лживость, стремление оправдать себя.

Интеллектуальные расстройства (вне опьянения) выражаются в следующем: затруднение усвоения новых знаний, ослабление запоминания, склонность к обманам памяти, поверхностность мышления, преобладание в речи привычных продукций (плоских шуток, поговорок, рифмования, ходячих выражений и т. п.), утомляемость, рассеянность, ослабление психической активности, иногда, чаще по ночам, пугающие яркие сны, кошмары, эпизодические иллюзии и отрывочные обманы чувств, чаще зрительные, иногда также слуховые.

В волевой сфере отмечаются обычно отсутствие выдержки и настойчивости, слабоволие, сказывающееся особенно в неспособности противиться влечению к вину, неохота к труду, понижение работоспособности.

С физической стороны у хронических алкоголиков обычно наблюдается целый ряд болезненных явлений: расстройства деятельности сердечно-сосудистых, пищеварительных органов, печени, почек и т. д. Обычно наблюдается также дрожание рук, особенно усиливающееся по утрам, натощак и проходящее после первой выпитой рюмки, головокружения, головные боли, плохой сон, иногда эпилептиформные припадки.

Предсказание при хроническом алкоголизме в общем неблагоприятно. В большинстве случаев злоупотребление вином продолжается, несмотря на попытки лечения, которые большей частью дают лишь временный результат. В части случаев, впрочем, наблюдается под влиянием лечения, особенно стационарного, стойкое выздоровление.

(б) **Бред ревности или бред супружеской неверности.** Идеи ревности, вообще легко возникающие при алкоголизме на почве подозрительности алкоголиков, сознания своей малоценности, в том числе и сексуальной (половая слабость является частым

спутником алкоголизма), семейного разлада и т. п., могут занимать иногда в картине болезни настолько большое место, что дают основание для выделения их в особую форму. Болезнь развивается обычно медленно и постепенно, большей частью у пожилых алкоголиков, причем развитию бреда нередко благоприятствуют обманы чувств и ложные воспоминания. Больной начинает подозревать жену в измене, в окружающих видит ее любовников, следит за нею, во всем усматривает доказательства ее измены, запирает ее, придумывает способы ее изобличения, по ночам слышит за дверью шаги возлюбленного жены, условные сигналы к свиданию, шопот, звуки любовной сцены, видит неясный силуэт соперника и т. п. Настроение обычно злобное, раздражительное, со склонностью к агрессии, к опасным действиям в отношении жены, реже — в отношении мнимых соперников. Длительное воздержание от алкоголя может вести к побледнению бредовых идей и выздоровлению. Лечение бреда ревности требует полного лишения алкоголя и часто, ввиду опасности для окружающих, помещения в больницу.

(в) **Белая горячка** (*delirium tremens*) представляет наиболее частое и известное душевное расстройство алкогольного характера и развивается у лиц, долго, обычно годами, злоупотреблявших алкоголем и обнаруживающих ясные признаки хронического отравления.

Началу болезни в большинстве случаев предшествует то более короткий, то довольно длительный период предвестников (бессонница, кошмары по ночам, тревога, ночные страхи, отдельные зрительные или слуховые обманы чувств, сильное дрожание конечностей). Развивается белогоряечное состояние обычно остро, большей частью среди ночи. В картине болезни особенно характерными являются: 1) расстройство сознания и 2) обильные галлюцинации.

Больной утрачивает способность ориентироваться во времени и окружающей обстановке, причем обычно бывает ложно ориентирован; в то же время он сохраняет сознание действительности. Внимание его поглощено рядом непрерывно сменяющихся галлюцинаторных образов, главным образом зрительных, отличающихся чрезвычайной яркостью, множественностью и большей частью малыми размерами. Больной видит множество постоянно движущихся мелких животных, крыс, мышей, кошек, собак, фантастических зверей, птиц, насекомых, человеческих фигур, нитей, проволок, монет, кинематографически меняющихся картин на стене и т. п.

На втором месте стоят галлюцинации осязания (щекотание, ползание по телу, уколы, укусы) и слуховые (шум, звон, стрельба, крики, слова и отдельные фразы). Сознание заполнено рядом быстро сменяющихся, сноподобных, причудливых, то устрашающих, то забавных переживаний. По ночам, с усилением обманов чувств и страха, усиливается беспокойство,

появляется стремление бежать, попытки самоубийства, опасные и агрессивные поступки.

Из физических симптомов прежде всего бросается в глаза общее дрожание, особенно выраженное в руках, сильная потливость, бессонница, частый пульс, повышение температуры, обычно не выше 38° .

Течение болезни. Продолжительность болезни — от двух до пяти дней. Перелом в течение заболевания большей частью наступает резко, после сна; больной после сна пробуждается в ясном сознании, причем все явления сразу или постепенно исчезают. Воспоминание о болезни большей частью сохраняется, иногда отчетливо, часто с пробелами; в некоторых случаях имеет место полная амнезия. Иногда после окончания болезни некоторое время отмечаются некритическое отношение к пережитому или отдельные бредовые представления — «остаточный бред», который обычно очень скоро исчезает.

К., 29 лет, женат, образование среднее. Обвиняется в краже.

Отец испытуемого алкоголик, умер в белой горячке. Бабка по отцу душевнобольная. 16 лет испытуемый перенес сыпной тиф. Через 4 года не тяжело контужен. Припадков нет. Венерические болезни отрицаются.

По характеру всегда вспыльчивый, гневливый. В гневе иногда рвал на себе одежду, бил посуду. Последние годы стал еще вспыльчивее, бил жену. О своем поведении в таких случаях помнил плохо.

Алкоголь употребляет с 19 лет, пьет почти ежедневно по 1—1½ бутылки водки. Не опохмелившись, не может работать — дрожат руки. Полгода назад, после усиленной выпивки, слышал ночью голоса; утром за чаем увидел на краю стакана двух чортиков в красных цилиндрах, которых смахнул на пол вместе со стаканом. После приема снотворного все прошло.

При поступлении в институт (через три дня после ареста) спутан, не ориентируется в окружающем, куда-то стремится, рвет на себе белье. Галлюцинирует: видел, как за окном убили его жену и отрезали ей голову; его сына облили из пульверизатора бензином и зажгли; видит красных раков, копошащихся в большом количестве в воде, которая течет из крапов в стенах; видит, будто в палату приходят его товарищи по службе, слышит их заявления, что он не виновен в приписываемом ему преступлении, и приказ немедленно его освободить. В экстренном выпуске газет якобы сообщают, что «известие о расстреле бандита К. неверно: К. не бандит, и он не расстрелян, а только арестован, он не виноват, и его скоро освободят». Бежит к двери, считая, что за дверью кто-то стоит. Врача не узнает. Во времени и окружающем не ориентируется.

С физической стороны отмечается учащенный пульс, зрачки нормальны, коленные рефлексы повышены, сильное дрожание вытянутых пальцев рук.

В течение следующих четырех дней сознание больного постепенно улучшается. Галлюцинации, зрительные и слуховые, большей частью отражающие судебное дело и семейное положение больного, ослабевают, поведение делается более правильным. Сон еще очень плохой.

На пятый день сознание ясное, галлюцинаций нет. Переведен в общую палату. Воспоминание о пережитом в делириозном состоянии смутное.

Комиссией признан хроническим алкоголиком, перенесшим после ареста приступ белой горячки, вменяемым.

В приведенном случае имеется ясная картина белогорячного состояния: расстройства сознания, обильные зрительные и слуховые галлюцинации с характером большой чувственной жи-

восты, беспокойство, страх, двигательное возбуждение, бессонница и дрожание. Болезнь развилась у хронического алкоголика в месте заключения, повидимому, в связи не только с внезапным лишением алкоголя, сколько с душевным волнением, вызванным обвинением и арестом. Как и в других случаях белой горячки, развивающейся после ареста, болезнь протекает сравнительно нетяжело и отчасти отражает в своем содержании (в бреде и галлюцинациях) переживания, связанные с судебным делом и арестом. Поскольку хронический алкоголизм не является в тесном смысле слова душевной болезнью и не исключает вменяемости, а душевное заболевание (острый алкогольный психоз в форме белогорячного состояния) имело место после совершения преступления и носило временный характер, испытываемый, естественно, должен быть признан в момент совершения преступления вменяемым.

(г) Алкогольный галлюциноз находится в тесном родстве с белой горячкой.

Болезнь характеризуется слуховыми галлюцинациями и бредовыми идеями преследования при ясном сознании. В картине болезни центральное место занимают обильные слуховые галлюцинации в форме «голосов», большей частью неприятного содержания: по адресу больного произносятся ругательства, насмешки, угрозы, оскорбления и т. п.

На основе указанных обманов чувств развиваются более или менее связные бредовые идеи: больному кажется, что за ним следят, хотят погубить его, арестовать, подвергнуть пыткам, предать казни, что существует заговор против него, что шайка врагов или преступников собирается его ограбить, убить и принимает к этому меры и т. п. Поведение внешне большей частью правильное.

Течение острое. Обычно болезнь длится от нескольких дней до 2—3 недель; к острым случаям относятся и длящиеся 2—3 месяца. В случае более длительного течения выздоровление постепенное. В 50% случаев наступает полное выздоровление, но остается склонность к рецидивам.

От белой горячки алкогольный галлюциноз отличается ясностью сознания, преобладанием слуховых галлюцинаций и наличием связного, более или менее систематизированного бреда.

(д) Корсаковский психоз, описанный проф. С. С. Корсаковым в 1887 г., характеризуется расстройством памяти в форме потери способности запоминания. Больной почти сразу забывает все текущие события, все, что он только что пережил. Пробелы памяти заполняются многочисленными, постоянно сменяющимися ложными воспоминаниями.

В физической сфере часты явления множественного алкогольного воспаления периферических нервов.

(е) Запой (дипсомания) представляет собой наиболее тяжелую форму алкоголизма, которая характеризуется периодически повторяющимися приступами неудержимого влечения к спиртным напиткам.

В отличие от привычных алкоголиков дипсоманы пьют лишь в приступе болезни, не испытывая между приступами никакого влечения к алкоголю или даже ощущая отвращение к спиртному. Приступ начинается обычно фазой предвестников в виде беспричинно появляющейся тоскливости, раздражительности, безотчетного беспокойства, нерасположения к работе, физического недомогания. Иногда больной прибегает к вину, чтобы облегчить тяжелое самочувствие, чаще же под влиянием возникающего вслед за предвестниками neodолимого влечения к алкоголю, с которым тщетно борется. Начав пить, пьет неудержимо, импульсивно, бросая работу, забывая свои обязанности, прежние обещания не пить, готовый на все, даже на преступление, чтобы добыть вина. К концу запоя наступают пресыщение организма алкоголем, общая слабость, плохой сон, дрожание, рвота, обманы чувств; иногда приступ заканчивается белогорячным состоянием. Светлые промежутки длятся от нескольких недель до нескольких месяцев, иногда до года и более.

П., 50 лет, вдова, образование низшее, домашняя хозяйка. Обвиняется по ст. 162 УК РСФСР.

П. похитила у одного из соседей по квартире в его отсутствие из незапертой комнаты ватное одеяло и продала на улице за бесценок, чтобы купить себе водки.

По данным истории болезни, испытываемая была в общем здоровой, общительной и довольно жизнерадостной. Выпивает последние десять лет после смерти мужа, когда стала без него тосковать и тяготиться одиночеством. Сначала выпивала понемногу и не часто, а затем постепенно втянулась, стала пить ежедневно и помногу.

Постепенно ее пьянство получило неровный, периодический характер (временами пила очень сильно, а затем, чувствуя себя плохо и испытывая пресыщение вином, пила лишь изредка и небольшими дозами), а с годами мало-помалу перешло в периодические тяжелые запои. Большую часть времени П. не пьет и не чувствует влечения к вину. В это время ей неприятно и стыдно вспоминать о своем пьянстве. Такой период длится обыкновенно от двух до трех месяцев. Затем без видимой причины начинает чувствовать тоскливо-тревожное и раздражительное настроение и неопределенное недомогание. Появляется обонятельная галлюцинация в виде всюду ощущаемого винного запаха. Возникает желание выпить, которое делается настолько сильным, что П. не может с ним бороться и запивает. Пьет сразу помногу, неудержимо, пропивает свои деньги, продает свои вещи или вещи детей. Запой длится обычно с неделю и оканчивается чувством пресыщения и отвращения к вину, ощущением общей слабости, бессонницей и кошмарами. Несколько раз в связи с запоем попадала в вытрезвитель и помещалась на короткое время в психиатрическую больницу. Кража имела место в период запоя, начавшегося обычным образом за несколько дней до совершения преступления.

При исследовании в институте у испытываемой обнаружены глухие тоны сердца, зрачки равномерны, с удовлетворительной реакцией на свет. Сухожильные рефлексы повышены. Сознание ясное. Формальные умственные способности (память и соображение) несколько снижены. Обнаруживает повышенную раздражительность и эмоциональную возбудимость. Испытуе-

мая плаксива, угнетена обвинением, боится ответственности. Галлюцинации в данное время отрицает, бреда не высказывает. Поведение правильное. Комиссией признана невменяемой и подлежащей принудительному лечению в психиатрической больнице.

Профилактика и лечение алкоголизма. Борьба с алкоголизмом должна вестись, главным образом, в области оздоровления труда и быта путем противоалкогольного воспитания, санитарного просвещения, поднятия культурного уровня населения, организации полезных развлечений. В области личной профилактики важны правильное воспитание и пример окружающих.

Лечение хронического алкоголизма предполагает лишение алкоголя и длительное, до года, лечение, или стационарное в специальных учреждениях с лечебно-трудовым режимом, психотерапией, физическими методами, или амбулаторное (гипноз и т. д.).

§ 2. Морфинизм

Второе после алкоголя место среди наркотических ядов, губительно действующих на центральную нервную систему, занимает морфий. Поводом к злоупотреблению им является способность морфия вызывать у большинства людей чувство чрезвычайно повышенного настроения, при котором прекращаются всякие неприятные ощущения (боли, усталость и т. д.), а также тягостные психические переживания (тоскливость, огорчения, заботы, страх).

Опасность пользования морфием как болеутоляющим заключается в быстром и неодолимом привыкании к нему. Обычно применяется подкожное введение морфия и лишь очень редко внутреннее.

Среди причин, способствующих развитию морфийной наркомании, имеет значение профессиональная доступность морфия. Около половины морфинистов принадлежит к лицам медицинской профессии. Значительное увеличение числа морфинистов наблюдается обычно в период запрещения продажи спиртных напитков, во время войны и т. п.

Симптомы. В симптоматологии морфинизма различаются:

- 1) явления хронического злоупотребления морфием и
- 2) явления воздержания (абстиненции) от него.

При хроническом злоупотреблении морфием наблюдается ряд нарушений, касающихся различных сторон психики: ослабление памяти, резкое усиление утомляемости и падение умственной работоспособности, раздражительность, подавленное, ипохондрическое настроение и особенно изменения в области воли и характера. Больные делаются эгоистичными, невнимательными, к семье, к своим обязанностям, к обществу, становятся грубыми, небрежными, неряшливыми, проявляют лживость, упадок инициативы и настойчивости.

Изменение соматической сферы обнаруживается прежде всего в общем упадке питания, похудании, бледной дряблой коже с склонностью к нагноениям, в пищеварительных, сердечно-сосудистых и половых расстройствах.

Явления абстиненции обнаруживаются обычно спустя 5—6 часов после несостоявшейся инъекции морфия. Появляются общая вялость, резкая усталость, зевота, чихание, кашель, слезотечение, усиленное потоотделение, мучительное беспокойство, резкое сердцебиение, боли в желудке, потеря аппетита, поносы, головная боль и ряд болезненных и неприятных ощущений в теле, упорная бессонница, не поддающаяся никаким снотворным средствам. Больные приходят в возбужденное состояние, раздражаются, стонут, требуют впрыскивания морфия, то плачут и униженно умоляют об инъекции, то осыпают грубыми ругательствами врача и персонал. Все эти явления быстро проходят после введения морфия.

Течение. Явления отравления развиваются обычно спустя полгода-год после начала употребления морфия. При долгом морфинизме обычно постепенно развивается состояние общего физического упадка (маразм).

Предсказание в подавляющем большинстве случаев плохое, так как больные почти всегда дают рецидивы. Прочное выздоровление имеет место сравнительно редко.

Лечение морфинизма заключается в отучении от морфия; которое ввиду неспособности больных собственными силами прекратить употребление наркотика должно производиться в закрытом лечебном учреждении и лишь в исключительных случаях в домашней обстановке.

§ 3. Кокаинизм

Кокаин был введен в медицинскую практику в 80-х годах прошлого столетия с целью отучения морфинистов от морфия путем замены его кокаином. Губительные последствия такой замены заставили быстро отказаться от этой практики. Кокаинизму способствовал и более легкий способ пользования наркотиком: втягивание в нос (нюхание) в виде порошка, тогда как морфий впрыскивается под кожу.

Различают острое отравление кокаином (кокаинное опьянение) и хроническое злоупотребление им.

Кокаинное опьянение характеризуется повышенным, веселым настроением, подвижностью, говорливостью, большой отвлекаемостью и слабостью внимания. За периодом возбуждения следует подавленность, крайнее утомление физическое и душевное, неспособность соображать, безволие.

Иногда между этими двумя состояниями наблюдается фаза «кокаинного бреда»: страх, тревога, устрашающие галлюцинации, идеи преследования, заставляющие субъекта бежать, спасаться или защищаться от мнимых преследователей.

Симптомы хронического отравления кокаином сводятся к постепенному развитию телесной и психической деградации.

Психическая деградация кокаинистов, наступающая довольно быстро, проявляется в ослаблении памяти, в утрате способности к умственной работе; больные эмоционально и нравственно тупеют, становятся способными на предосудительные или уголовно-наказуемые поступки (воровство, растраты) ради удовлетворения привычки к кокаину.

Течение. Привыкание к кокаину происходит довольно быстро и больным приходится увеличивать дозы. Воздержание от кокаина дается гораздо легче, чем от морфия.

Лечение должно проводиться в закрытых психиатрических учреждениях. Отнятие кокаина следует во всех случаях производить сразу.

§ 4. Судебно-психиатрическое значение группы наркоманий

Судебно-психиатрическое значение группы наркоманий определяется, главным образом, той исключительно большой и важной ролью, которую в судебно-психиатрическом отношении играет алкоголь. Что касается морфинизма и кокаинизма, то их значение, по крайней мере в настоящее время и в наших условиях, надо признать далеко не существенным.

Важное значение алкоголя с судебно-психиатрической точки зрения обуславливается как его распространенностью и доступностью, так и характером вызываемых им болезненных состояний.

В целом ряде болезненных состояний, как острых, так и хронических, судебно-психиатрическая оценка не встречает больших затруднений. Это, во-первых, хронические алкогольные психозы с характером выраженного органического процесса, например корсаковский психоз, судебно-психиатрическое значение которых (в силу их редкости) очень незначительно. Вменяемость в подобных случаях исключается, и показано применение медицинских мер. Из заболеваний с более или менее хроническим течением алкогольный бред ревности также является расстройством, обуславливающим невменяемость и требующим применения серьезных мер медицинского характера.

Сюда же относится и типичная дипсомания (запой), которая по периодическому неодолимо импульсивному влечению к алкоголю и по резкому изменению всего психического состояния в запойном приступе приравнивается к периодическому психозу и, естественно, исключает вменяемость в отношении действий, совершенных в период запоя. В остальное время, вне приступа дипсоман может и должен считаться вменяемым.

Острые алкогольные психозы — белая горячка и алкогольный галлюциноз — признаются обычно исклю-

чающими вменяемость в том случае, если преступление совершается в период и под влиянием болезни. Наличие острого алкогольного психоза, хотя бы и неоднократно повторяющегося в прошлом до правонарушения, не может служить основанием для признания невменяемости. То же следует сказать и об остро развивающихся белогорячечных состояниях, появляющихся после совершения преступления в месте заключения.

Гораздо большие затруднения представляют те случаи, где речь идет: 1) о состоянии опьянения, 2) о скоропреходящих расстройствах душевной деятельности алкогольного происхождения и 3) о хроническом алкоголизме разной степени.

Опьянение, согласно Уголовному кодексу РСФСР редакции 1926 г., не исключает вменяемости. В примечании к ст. 11, исключаящей применение мер судебно-исправительных по психическому состоянию, подчеркивается, что «действие настоящей статьи не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения».

Само собой разумеется, что этот закон имеет в виду простое опьянение, хотя бы и тяжелое по степени, и не относится к случаям патологического опьянения, которое от простого, обычного опьянения отличается не количественно, а качественно и является временным расстройством душевной деятельности, исключающим способность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими.

Патологическое опьянение является одним из наиболее важных и частых поводов для тяжелых преступлений и в то же время одним из наиболее трудно диагностируемых болезненных состояний. Патологическое опьянение, протекающее по «эпилептоидному» типу, с его глубоким затемнением сознания, с бурным бессмысленно-агрессивным поведением, которое продолжается иногда и после ареста, с заключительным глубоким сном, обычно рассматривается как явно болезненное состояние.

Значение отличительных признаков патологического опьянения вообще очень относительно. Некоторые из этих признаков (изменение сознания, отсутствие воспоминаний, бессмысленное поведение и т. п.) в значительной степени входит в картину «нормального» опьянения. Другие признаки, как например наступление патологического опьянения после небольших количеств алкоголя или отсутствие физических признаков опьянения, далеко не всегда имеются налицо. Иногда бывают и обратные явления, тем не менее не позволяющие сомневаться в патологическом характере опьянения. Диагноз ставится на основании общей оценки разнообразных обстоятельств и моментов: личных, клинических, судебных.

Патологическое опьянение, являясь временным расстройством душевной деятельности, исключает вменяемость в тех случаях, когда преступление совершено в этом болезненном состоянии.

Хронический алкоголизм представляет еще более частые и значительные трудности в судебно-психиатрическом отношении. В случаях, когда дело не касается тяжелых хронических алкоголиков, вопрос решается в смысле признания вменяемости.

В случаях тяжелых решающую роль должны играть степень и характер изменений личности. Там, где деградация личности настолько значительна, что может быть приравнена к душевной болезни, вменяемость должна исключаться.

Судебно-психиатрическое значение морфинизма, кокаинизма и других наркоманий, как сказано, далеко уступает роли алкоголизма в этом отношении. В настоящее время наркоманы сравнительно редко оказываются объектами судебно-психиатрической экспертизы, что является, несомненно, результатом активной борьбы с распространением наркотиков. Преступления наркоманов очень разнообразны и не представляют чего-либо специфического, если не считать подделки рецептов на получение из аптек того или другого наркотика.

Наркомания вообще не является душевной болезнью в узком смысле слова и не исключает вменяемости. Однако при некоторых острых болезненных состояниях, а равно и при значительных степенях наркоманической деградации может возникать и быть решен положительно вопрос о невменяемости. Это может иметь место, когда преступление совершается в период «голодания», морфийного или кокаинного, с исключительной целью удовлетворить неудержимую и мучительную потребность в возбудителе (подделка рецепта, кража, мошенничество и т. п.). При этом принимаются во внимание тяжесть и глубина привычки к наркотику, степень «голодания», наличие общей деградации личности. В тяжелых случаях вменяемость исключается и показаны медицинские меры.

Невменяемость признается и при преступлениях, совершенных в состояниях общего душевного расстройства — морфийной белой горячки или кокаинного бреда, если они установлены с достаточной точностью.

Что касается кокаинного опьянения вообще, то оно не может служить основанием к признанию невменяемости.

ГЛАВА XIV

ПСИХОПАТИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТИ

В учении о душевных болезнях, в классификации форм заболеваний значительную роль играет наличие или отсутствие «процесса». Это понятие («процесс») означает прогрессивное течение болезни, разрушительный для личности ход ее. Так например, шизофрения или прогрессивный паралич ведут к значительному разрушению личности, они при этом вносят в личность нечто качественно новое, определенным образом снижают ее.

Отличие психопатий от ряда душевных заболеваний в том и заключается, что психопатии лишены этого признака «процесса».

Психопатичность выражается как раз в особенности самой личности, а не в какой-либо болезни, действующей на личность. Психопат обнаруживает черты, встречающиеся в нормальных условиях, но только у него они заострены, усилены. Отличие от нормального здесь, таким образом, количественное¹. У психопатов обычно не встречаются признаки (симптомы), которые наблюдаются у душевнобольных, например слабоумие, галлюцинации, бредовые идеи, расстройства памяти, мышления, сознания.

Однако это отличие не может быть решающим для всех случаев. У некоторых психопатов отмечается склонность к своеобразным изменениям сознания (например истерические сумеречные состояния или сужение сознания под влиянием эффекта). Известно, что некоторые психопаты под влиянием неблагоприятных условий склонны к так называемому патологическому развитию (например в форме сутяжничества), к реактивным состояниям, протекающим иногда очень остро. Далее, у психопатов нередко можно отметить частичные дефекты интеллекта (односторонность, поверхностность суждений, недостаточность критики и т. д.).

Крепелин считал характерной чертой психопатов их частичную незрелость (инфантилизм) в области воли и чувства.

¹ Необходимо все же сказать, что разграничение — «количественное усиление», «качественные изменения» — в известной мере спорно и в такой схематичной форме допущено здесь условно.

Психопатия проявляется в различных аномалиях характера и темперамента. Эти аномалии могут проявляться, например, в чрезмерной раздражительности, в безволии, в тревожности характера, в большой замкнутости и т. д.

Этиология. В ряде случаев психопатические черты могут быть объяснены наследственной неполноценностью, часто же отклонения от нормы обусловлены поражением зачатка сифилисом, алкоголем и различными физическими болезнями родителей, а также ранними инфекционными заболеваниями, травмами, оставившими после себя своеобразный след в виде изменения характера.

Решающую роль в формировании психопатий играют внешние влияния (неправильное воспитание, дурное влияние, психические травмы, длительная конфликтная ситуация). Это обстоятельство не противоречит тому, что в основе психопатии лежит указанная биологическая неполноценность.

Психопатия не есть нечто зафиксированное, неподвижное. Психопатические черты в зависимости от тех или иных внешних условий то ярко раскрываются, то почти не выступают. Нельзя наперед сказать, как пойдет развитие психопатической личности, так как психопатические проявления создаются не внутренним, самопроизвольным процессом, а реакцией неполноценной личности на данную сложившуюся для нее ситуацию.

§ 1. Форма психопатий

(а) **Возбудимые психопаты.** Они часто встречаются в судебно-психиатрической практике. В обычных условиях они бывают доступны, общительны, даже мягки и отзывчивы. Но неудачно сказанное кем-либо из окружающих слово сразу преображает их. В короткий промежуток времени реакция гнева достигает своего апогея и часто приводит к агрессивным действиям. Затем быстро наступает спад, успокоение. Все происшедшее оценивается возбудимыми психопатами в новом свете и вовсе уже не представляется основательным поводом к такой бурной реакции.

В отдельных случаях напряженное гневное чувство, не находя себе проявления, может направляться на причинение себе боли, на самоувечье и т. д.

Вследствие того, что возбудимые психопаты легко отыскивают поводы для обиды, раздражения, их отношения с окружающими сопровождаются частыми аффективными взрывами.

(б) Другую группу психопатий составляют так называемые **астенические личности**. Под словом «астенические» понимают людей активных, твердых, настойчивых. «Астенические» противоположны им. Это люди, неуверенные в себе, нестойкие, проявляющие некоторую психическую слабость. Они часто недовольны собой, испытывают чувство своей неполноценности.

Неуверенность в себе еще не означает наличия психопатии. У астеников-психопатов эти черты достигают большой силы, вследствие чего каждый жизненный шаг, каждое новое мероприятие вызывает в них тревожное ожидание, сомнение в своих действиях. Эти лица крайне впечатлительны, болезненно реагируют по всякому поводу.

Нередко они испытывают мучительную для них застенчивость, нерешительность, часто при малейшем смущении краснеют. По разным поводам они готовы предположить, что о них плохо думают, что их подозревают в плохом.

Они обычно испытывают пониженное физическое самочувствие, физическую вялость, невыносимость. Таким образом, у психопатов-астеников отмечается ослабление психофизического тонуса.

Тревожно-мнительный характер астеника может приводить к чрезмерным опасениям, к беспокойной заботе о своем здоровье. Они начинают следить за работой сердца, за пульсом, за различными внутренними ощущениями и тем самым усиливают, закрѣпляют несущественные дефекты, нарушают своим постоянным вниманием автоматизм работы внутренних органов.

Постоянные тревоги и сомнения могут достичь у астеников степени выраженного невроза, когда ввиду боязни совершить ошибку проверяется каждое движение. Например, больной, едущий в трамвае в знакомом направлении, сомневается, в тот ли номер он сел, в ту ли сторону едет, на той ли остановке вышел и т. д.; уходя из дому, он по несколько раз возвращается для того, чтобы проверить, заперта ли дверь; считая деньги, он всегда не уверен в правильности подсчета и вынужден снова и снова повторять его.

У астеников наблюдается возникновение навязчивых идей, навязчивых действий (невроз навязчивости). Больной непреодолимо испытывает потребность выполнять определенные бессмысленные действия, повторять в уме нелепые сочетания слов, считать свои шаги, окна в домах, входить в дом определенным образом, утром выполнять некоторый ритуал движений, лишенный смысла и содержания, все свои действия приводить в связь с арифметическими вычислениями, с символическими знаками, которые то разрешают ему выполнить действие, то запрещают его. Больной отлично понимает бессмысленность навязчивых побуждений, он воспринимает их как нечто насильственное, постороннее, но никаким образом не может противостоять им.

Д., 23 лет, студент, обвиняется в покушении на убийство своего отца, 50 лет. Преступление совершено на квартире, где отчим и пасынок в то время жили вдвоем.

Д., признав себя виновным, сообщил, что он не спал всю ночь, испытывая ненависть к отчиму, и решил его убить, так как не мог мириться с его деспотизмом.

В институте Д. дает о себе следующие сведения. Первые годы детства ничем особым не отличались. Учился он хорошо, был живым ребенком. О том, что отец ему не родной, он узнал очень поздно. С ним уже с детства отношения были неудовлетворительные, отчим вел себя с ним сухо, был холоден и неприветлив. Мать была любящая, но в доме она играла подчиненную роль. Пятнадцати лет Д. обнаруживал уже все свойства своего характера. Он был малообщителен, несколько замкнут, нерешителен. Его часто одолевали сомнения в делах, для других являющихся обычными. «Соседи говорили, что меня не слышно, дома я или же меня нет. Отчим сильно кутил, часто ночью не приходил домой, а когда возвращался, начиналось что-то ужасное: на упреки матери он отвечал скандалами, бил посуду, ломал мебель, бил все, что попадалось под руки. В такие моменты я убежал из дому и, забившись в угол, кричал и плакал».

Испытуемый подчеркивает свою впечатлительность. Сущие пустяки расстраивали его. Он не переносил вида крови. Ему во всем не хватало решимости. Он ругал сам себя за это. Его пугало будущее. Чувствовал себя хилым, не было физической бодрости. По временам ему казалось, что он серьезно болен легкими, сердцем.

На последнем курсе рабфака Д. познакомился со своей будущей женой. «Она была первой девушкой, с которой я ходил развлекаться, например, в кино». Но отчим не влюбил эту девушку и грубо пытался оборвать их отношения. Испытуемый боялся сказать отчиму о том, что он уже зарегистрировал брак, и продолжал жить врозь с женой. В день покушения на убийство Д. чувствовал себя плохо: болела голова, была небольшая температура ($37,2-37,6^{\circ}$), тошнило, был озноб. О преступлении он рассказывает следующее: «Это было полузабытье... Всю ночь то ляжешь, то опять начинаешь ходить по комнате; много курил, думал обо всем. На рассвете пошел в уборную, потом... В передней лежит косарь... взял его в руки... Но та мысль, которая была в голове... Я не верил... Взял косарь... Чтобы себя помучить, пошел в ту комнату... Сколько раз ударил и куда, не помню...»

Испытуемый среднего роста, худ, с инфантильными чертами в сложении, кожа бледная, растительность на лице очень слабая, на лобке — по женскому типу. При исследовании — дрожание конечностей и мышц лица, легко возникающее дрожание всего тела. Потливость. Пульс неустойчив, легко вызывается ускорение его.

Испытуемый находится в ясном сознании, хорошо учитывает свое положение, охотно и подробно дает сведения о себе; рассказывая, начинает волноваться, дрожит всем телом, пульс учащается.

В институте Д. признан вменяемым. В акте подчеркнуты индивидуальные особенности испытуемого и его душевная коллизия, связанная с преступлением.

Приведем для уяснения психопатических отклонений от нормы еще несколько групп психопатий.

(в) **Шизоиды.** Для шизоидных личностей характерны прежде всего замкнутость, недостаточный контакт с окружающими, склонность к уединению, к уходу в свой внутренний мир переживаний. Свою личную жизнь шизоиды неохотно раскрывают другим. Они часто производят впечатление людей очень спокойных и холодных, но это впечатление может оказаться обманчивым.

Шизоиды различны по своим настроениям и реакциям: одни преимущественно холодны, другие необычайно чувствительны, ранимы. Однако холодность, черствость, наблюдающиеся в тех или иных проявлениях шизоида, часто совмещаются с обостренной чувствительностью и впечатлительностью

в других направлениях (например, бездушное отношение к людям и способность к утонченным эмоциям в отношении к искусству). Эти черты образуют два полюса их эмоциональной жизни. Среди шизоидов встречаются чудаки, поступки которых заключают в себе малопонятную с общей точки зрения мотивировку. Им иногда свойственна склонность к чрезмерно абстрактному, схематическому, формальному мышлению. Таких шизоидов мало занимает конкретная, реальная действительность. Они также бывают склонны к мечтательности, фантазированию.

Л., 27 лет, обвиняется в незаконных операциях с марками, коллекционером которых он является.

Еще в двенадцатилетнем возрасте он приобрел альбом марок, вскоре начал в них хорошо разбираться и подобрал ценную коллекцию. Все деньги, получаемые на завтраки и поездки, он тратил на марки; в связи с этим ему приходилось очень много ходить пешком и голодать весь день. Наряду с коллекционированием марок он увлекался шахматами, участвовал в соревнованиях. Упорно мечтал о том, что станет игроком мировой известности, представлял себе триумфальные выступления в разных странах. Затем у него вспыхнула страсть к книгам. Собирали исторические романы, целые дни проводил в лавочках букинистов. За короткий срок, поощряемый матерью, он составил библиотеку в 2000 книг. Перелистывая их, он «мыслил себя Белинским». Очередным увлечением было собирание карандашей. Но все это держалось нестойко: всегда он отдавал предпочтение маркам, которые целиком заполняли его жизнь, не оставляя надолго места другим интересам и привязанностям. Дни напролет он проводил за альбомами, рассматривая, разглаживая, наклеивая и переклеивая марки. Он удивлял знатоков своими тонкими познаниями в этой области. Общество молодежи его совершенно не интересовало. Театры и кино не посещал.

В институте Л. малодвижен, замкнут, несколько апатичен. Во время беседы понемногу оживляется, утрачивает нерешительность, начинает вести себя более непосредственно, но все же часто смущается. О своих переживаниях говорит неохотно. Он также склонен к фантазированию: ему хотелось бы жить среди дикарей, на Гавайских островах, среди пиратов. Его прельщает экзотика. Охотно занимает себя мыслями о всякой мистике, например о переселении душ, о передаче мысли на расстоянии (никаких бредовых идей при этом не обнаруживает). Интеллект и мышление без изменений.

(г) Эпилептоиды. Характерными свойствами аффективности эпилептоидов являются раздражительность, расстройства настроения (угнетение с чертами тоскливости и злобности). В отличие от вспышек других психопатов их реакции носят тяжеловесный характер. Они не столь быстро остывают, как другие. Они часто эгоистичны, все рассматривают с точки зрения личных интересов, переоценивают свои способности и достоинства. Эпилептоиды проявляют в мелочах, главным образом относящихся к их быту, своеобразную любовь к порядку, педантизм. Их способность к переключению с одних интересов на другие понижена, поэтому они охотно сохраняют раз навсегда установленный порядок вещей, не любят новизны, упорно стоят на своем. В их мышлении отмечается

тугоподвижность, отсутствие гибкости. Эпилептоиды отличаются активными чертами характера, нередко стремлением господствовать над окружающими.

М., 22 лет, обвиняется в убийстве старухи, матери своего товарища. Убийство сопровождалось ограблением. М. унес с собой носильные вещи. Обстоятельства преступления таковы. М. был зол на товарища, не возвращавшего ему долга. Получая небольшое жалование, он с трудом собрал около 1 500 рублей. Для округления этой суммы нехватало как раз тех 100 руб., которые он дал в займы товарищу. Его же должник являлся за деньгами на квартиру. Бывало даже, как рассказывает М., что его бывший товарищ находился дома, но прятался, когда он приходил к нему.

Деньги он твердо задумал получить и для этой цели решил явиться на квартиру, когда дома будет только мать должника, и забрать вещей на 100 руб.

Однажды он явился для выполнения намеченного плана; мать сказала, что сына нет дома, и загородила ему вход. Он оттолкнул ее, вошел в дом и сейчас же направился к шкафу для того, чтобы взять оттуда вещи по своему усмотрению. Но старуха, по словам М., «вцепилась» в него и почти повисла на нем, не давая выполнить намерение. Ненависть к ней достигла такой степени, что М. решил ее «уничтожить». Он схватил ее за горло, повалил на пол и начал душить. Однако старуха, несмотря на все усилия, с которыми он сжимал ей горло, вырывалась, царапалась, продолжала дышать. Тогда он достал перочинный нож и стал резать ей шею. Улыбаясь, он отмечает, что ему удалось перерезать «жилку» и «голова сразу отвалилась набок... ну, тогда она притихла». М. выбрал кое-какие вещи, положил их в чемодан, ушел из дому и сдал их на вокзал в камеру хранения багажа. Квитанцию он зашил в полу своей шинели. Затем М. вернулся к себе (проживал он в общежитии) и занялся своими обычными делами. Его товарищи в этот день ничего особенного в его поведении отметить не могли.

Об убийстве М. рассказывает без малейшего сожаления, даже с торжеством по поводу осуществленной мести. Жалости к старухе не обнаруживает.

Детство у М. было тяжелое. Отец отличался злобным и угрюмым характером, грубо обходился с детьми, пьянствовал; с его приходом в доме начинались крики, расправа. Мать, мягкая и ласковая с детьми, защищала их. Испытуемому было около 10 лет, когда мать умерла. Отец вскоре привел в дом мачеху. Отношения в семье ухудшились: старший брат, женатый, часто спорил с отцом. Однажды отец во время ссоры отрубил ему палец. Старший брат начал убеждать младшего, что есть только один выход — убить отца, а сделать это должен М., так как он «по малолетству» отвечать не будет. М. ночью подошел к спящему отцу с топором и нанес ему удар по голове. Отец от раны через некоторое время скончался, а М. был направлен в психиатрическую больницу, где пробыл длительное время (около двух лет). Согласно истории болезни Казанской психиатрической больницы, он признаков душевной болезни не обнаруживал, но проявлял психопатические черты и моральную тупость.

Выписал его из больницы старший брат, которого М. так и не выдал как участника убийства отца. В их семье, хотя и без отца, обстановка мало чем отличалась от прежней. Были частые попойки и драки. М. ушел из дому и был устроен в детскую трудовую колонию. Драки и здесь были обычным делом. М. принимал в них участие и не останавливался ни перед чем, если нужно было наказать обидчика, при этом учитывал силы: если он был слабее своего противника, то поджидал более удобного момента, но гнев за это время не спадал, и желание мести держалось

стойко. Так, однажды в трудовой колонии он был избит двумя ребятами, с которыми он один не мог справиться. М. не забыл обиды. Несколько дней спустя он подстерег главного обидчика в уединенном месте и нанес ему несколько сильных ударов лыжей по голове. Мальчик скончался. М. был осужден на четыре года, частично отбыл срок, но затем бежал.

Испытуемый крепкого, атлетического сложения, мускулатура развита хорошо. Он часто любит себя и охотно, сняв халат и рубаху, показывает свое сложение. Он гордо и медленно поворачивается, подбоченившись, подобрав живот и выпятив грудь. В отделении ведет себя спокойно, аккуратен, следит за своей койкой и за одеждой, не курит, ежедневно занимается гимнастикой и заботится о том, чтобы в палате было достаточно чистого воздуха.

Комиссией М. был признан эпилептоидным психопатом, вменяемым.

(д) Параноидные психопаты. У параноидных лиц, равно как и у эпилептоидов, может быть отмечен выраженный эгоизм. Но он здесь приобретает особую форму. Параноидные психопаты, переоценивая свои качества, считают себя борцами за правду, хотя при этом они руководятся нереальными планами, эгоистическими целями. Они всеми средствами пытаются доказать правильность своих идей, постоянно вступают в конфликты с окружающими, считают, что к ним все относятся недоброжелательно и поэтому не выполняют их предложений и требований. Главная черта их — это направление мыслей и чувств с большой последовательностью в одну сторону. Та или иная идея решительно занимает господствующее положение. Это так называемые **сверхценные идеи**.

Односторонность, узость их интересов и вместе с тем настойчивость, аффективная напряженность приводят к тому, что эти лица направляют всю свою энергию по ложному пути, не замечая своих ошибок. Они склонны болезненно воспринимать и толковать все окружающее. Настороженность, чувство обиды приводит к излишней подозрительности, к заблуждениям в оценке отношения к ним других людей.

Сутяги (кверулянты) должны рассматриваться в этой же группе. Обычно началом сутяжничества служит какая-нибудь, с их точки зрения, несправедливость, которую они болезненно воспринимают. Затем, все более закрепляясь, начинает развиваться непрерывная борьба за реабилитацию, за восстановление прав, за отмену решения суда. Невозможность добиться своего приводит их к убеждению, что против них действуют недоброжелатели (может быть, действительно существующие, но не играющие той роли, которая им приписывается). Бесплодность борьбы не меняет их уверенности. Они создают целую канцелярию, нумеруют бумаги, заготавливают письма, заявления, жалобы в нескольких экземплярах, шлют их в газеты, в органы юстиции и пр. Постепенно нарастает, в объяснение бесплод-

ности всех попыток, ложное истолкование ряда обстоятельств, приближающееся по своим признакам к бредовым идеям¹.

(е) Из других психопатических форм необходимо указать на импульсивных и истерических психопатов. Для первых считают характерными импульсивные влечения, возникающие время от времени с большой силой (например сексуальные извращения, влечение к поджогам). Но выделение этих психопатов в самостоятельную группу спорно. Такого рода влечения могут наблюдаться у эпилептоидных психопатов, у шизоидов и т. д. Описание истерических личностей дано в главе XV, где охватываются все разновидности истерических проявлений (см. об истерическом характере на стр. 166).

§ 2. Судебно-психиатрическая оценка психопатий

В начале главы о психопатиях мы указали на существенную особенность, отделяющую группу психопатий от душевных заболеваний. При психопатиях нет прогрессирующего течения болезни, нет обычных явлений психоза.

Кроме того, при рассмотрении вопроса о возникновении (этиологии) психопатий уже указывалось на то, что от различного рода социальных явлений часто в решающей степени зависит выявление и формирование психопатических черт. Индивидуальный путь каждого психопата с антисоциальным поведением обнаруживает картину неблагоприятного развития, которое прививало и закрепляло эти формы поведения. У некоторых психопатов имеет место сознательное нежелание считаться с требованиями окружающих, игнорирование чужих интересов или убеждение в том, что «нервность» оправдывает всякий их поступок.

Хотя эти черты, как мы указали, присущи только части психопатов, при известных условиях они легко развиваются. В частности к этому нередко ведет стремление близких, знакомых объяснять несдержанность, неуживчивость, иногда и агрессивность психопата, как проявление болезни. Среди многих черт психопата, возникающих как продукт «воспитания», эта установка на болезнь занимает одно из первых мест.

Неправильная судебно-психиатрическая оценка психопатий может способствовать усилению и культивированию психопати-

¹ Параноическое развитие и сутяжничество могут возникать не только на психопатической почве, но и как проявление различных болезненных процессов, например, шизофрении, органического заболевания центральной нервной системы. В этих случаях течение заболевания особенно неблагоприятно.

ческих черт характера, воспитанию установки на безнаказанность. Такая экспертиза наносит вред не только обществу, но и самому психопату, поскольку она препятствует развитию самодисциплины, которой как раз недостает многим психопатам.

В вопросе о вменяемости психопатов за последние десятилетия произошел резкий сдвиг. Цифровые данные Научно-исследовательского института судебной психиатрии им. Сербского показывают, что в годы 1921—1924 большое число психопатов признавалось невменяемыми.

Тогда же приобрело популярность понятие уменьшенной вменяемости. Преступления психопатов ставились в прямую связь с патологическими чертами личности.

Признанные невменяемыми или уменьшенно вменяемыми, психопаты, совершившие преступление, возвращались в общество с сознанием своей неприкосновенности.

Психиатрические больницы ничего не могли им дать: с медицинской точки зрения пребывание психопатов в психиатрических больницах ничем не оправдывалось. Признание психопата невменяемым не сопровождалось, таким образом, никакими мерами обеспечения общества от их общественно-опасных действий.

Помимо этих практических соображений, настойчиво продиктованных судебно-психиатрическим опытом, в пользу признания большинства психопатов вменяемыми говорит и следующее принципиальное положение. Преступления психопатов не могут рассматриваться, как следствие «криминального предрасположения», не могут быть поставлены в прямую связь с биологическими особенностями личности. Они, следовательно, и не должны рассматриваться как проявление болезни.

Признание того, что психопатия не есть заболевание, прогрессирующее по своим внутренним закономерностям, что развитие психопатической личности в большой мере зависит от внешних условий, а также признание того, что антисоциальные действия психопатов не могут рассматриваться как биологическое следствие психопатии, — вот те основные положения, которые позволяют считать большинство психопатов вменяемыми. При этом учитывается, что признание психопатов невменяемыми воспитывает в них установку на болезнь и, таким образом, приносит вред не только обществу, но и самим больным.

Все вышесказанное не устраняет необходимости в некоторых случаях обратить внимание суда на особенности судебного дела и личности испытуемого, которые могли бы быть учтены судом при оценке преступлений. Таковы, например, случаи, когда особое состояние в момент преступления находится в противоречии с системой поведения, с особенностями

лично
данны
ст.ст
учест
ных

Ес
общим
знават
димо
шений
няемо

П.
ния ма
зультат
в связи
с целью

Исп
жанным
жающи
жающи
в чем
С 16 ле
несдерж
в том,
оказала

Пос
покончи
в тюрьм
ные пов
разные
был пер
щен в т
влен на

На
самоповр
тен, эмо
нему ст
говорил
испытуем
люциана
прободен
операци
ных тер
лические
Оператив
шечника
ложек, ст
сетки, за
шпингале

Посл
на рану

¹ Слу
хиатрии»,

личности испытуемого в обычном его состоянии. Те или иные данные экспертизы могут служить основанием для применения ст.ст 48, 138 и др. УК РСФСР, которые дают возможность учесть «сильное душевное волнение», «стечение тяжелых личных и семейных условий» и т. д.

Если судебно-психиатрическая оценка психопатий решается общим положением, согласно которому психопат должен признаваться ответственным за свои действия, то все же необходимо оговориться, что существует группа психопатов, в отношении которых может быть правильным решение об их невменяемости.

П. 1, 23 лет, киномеханик, был арестован за нарушение правил вождения машины. Не имея прав вождения, он развил большую скорость, в результате чего машина разбилась. На испытание П. был направлен в связи с тем, что в тюрьме он глотал разные предметы, по его словам, с целью самоубийства.

Испытуемый с детских лет был возбудимым, раздражительным, несдержанным, драчливым. Это приводило его к постоянным конфликтам с окружающими. Он мгновенно возбуждался, грубил взрослым, плевал на окружающих, дрался со своими сверстниками. Был всегда эгоцентричен, ни в чем себе не привык отказывать, с чужими интересами не считался. С 16 лет он начал злоупотреблять алкоголем, в опьянении становился более несдержанным и агрессивным. Постепенно у него созрело убеждение в том, что он «лишний человек», неудачник. Семейная жизнь его также оказалась неудачной, жена, как он говорит, его «не понимала».

После ареста, оценивая свое прошлое, он решил, что ему необходимо покончить с собой. Осуществить это он задумал доступными для него в тюрьме средствами: он пытался вскрыть себе вены, наносил себе кожные повреждения (чтобы вызвать заражение крови), а затем начал глотать разные предметы (пуговицы, стекла, черенки ложек и пр.). Из тюрьмы он был переведен в психиатрическую больницу, затем спустя месяц возвращен в тюрьму, но так как все эти действия продолжались, он был направлен на экспертизу в Институт судебной психиатрии им. Сербского.

На теле больного было обнаружено множество рубцов — следствие самоповреждений. П. на протяжении всего времени испытания был угнетен, эмоционально неустойчив, легко возбуждался, часто плакал, попрежнему стремился глотать различные предметы, отказывался от лекарств, говорил, что он при любых условиях покончит с собой. Вместе с тем испытуемый был в ясном сознании, психотических симптомов (бред, галлюцинаций и пр.) не обнаруживал. В связи с явлениями, угрожавшими прободением желудка (скопление инородных тел), он был направлен на операцию. Еще до этого при очищении кишечника были удалены три цельных термометра, много мелких гвоздей, несколько болтов, тряпки, металлические петли от кроватной сетки, черенки от металлических ложек. Оперативным путем, после вскрытия брюшной полости, из желудка и кишечника были удалены 6 термометров, 6 ручек от металлических столовых ложек, столько же от деревянных столовых ложек, 40 петель от кроватной сетки, застежка «молния», много тряпок. Из слепой кишки был удален шпингалет (задвигка от окна).

После операции П. неоднократно порывался сорвать повязку, мочиться на рану для того, чтобы внести загрязнение.

¹ Случай подробно описан О. Фрейеровым («Проблемы судебной психиатрии», сборник III, 1941).

Весь жизненный путь П., особенности его характера, резкая эмоциональная неустойчивость, неумение приспособиться к жизни, большая невыносимость, постоянная склонность к реакциям угнетения, тоски, гнева, упорное стремление к самоубийству, осуществляемое столь необычными способами, — все это указывает на тяжесть психопатии, а также на резкую невыносимость к лишению свободы. По этой причине экспертной комиссией П. был признан глубоко-психопатической личностью, неменяемым.

Такое решение иногда бывает необходимо в отношении психопатов, у которых резкая возбудимость сочетается с некоторой умственной недостаточностью, в отношении психопатов, охваченных патологическими идеями (сутяжники, «изобретатели» и т. д.). Сюда относятся и некоторые психопаты, проявляющие неуравновешенность, неприспособленность, невыносимость, достигающую таких степеней, что в любых трудных для них условиях они становятся неспособными руководить своими действиями.

Су
обусло
н и я м
являю
травм

Он
стоян
действи
психи

Бо
психи
чаев

Пр
ные, к
ческие

Им
о сла
инфек

В
ствую
вполн

щим
психи

бого
ствите

значен
Из

харак
ных у
ности

щих м
Бо
возни
явлени

1)

2)

Мь

11 с

ГЛАВА XV

НЕВРОЗЫ И ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ

Существуют болезненные психические состояния, которые обуславливаются, главным образом, психическими влияниями: они возникают в ответ на душевные потрясения и являются, таким образом, результатом действия психической травмы.

Они характеризуются двумя моментами: 1) болезненное состояние является здесь реакцией, ответом на внешнее воздействие и 2) реакция эта психогенна, т. е. вызывается психическими причинами.

Болезненные состояния, возникающие под влиянием внешней психической травмы (экзогенно), требуют в большинстве случаев наличия известного предрасположения, почвы.

Предрасполагающую роль могут играть не только врожденные, но и приобретенные, нажитые изменения психики: физические травмы, алкоголизм, наркомании, артериосклероз и т. д.

Имеют известное значение в их развитии и случайные ослабляющие моменты: истощение, переутомление, инфекции и т. д.

В некоторых случаях они могут возникать и без соответствующего предрасположения у людей, до того, повидимому, вполне психически здоровых. В этих случаях обуславливающим моментом является столь сильная травма, что и здоровая психика оказывается не в состоянии с ней справиться, или особого характера травма, затрагивающая как раз наиболее чувствительные стороны субъекта, имеющие для него особенное значение.

Из сказанного ясно, что возникновение этих состояний, их характер и течение зависят в большинстве случаев от различных условий: особенностей и свойств личности, силы, длительности и характера психической травмы, случайных осложняющих моментов и т. п.

Большинство авторов объединяет болезненные состояния, возникающие в связи с психическими причинами, в две группы явлений:

- 1) неврозы;
 - 2) психогенные реакции в тесном смысле слова.
- Мы будем придерживаться того же деления.

§ 1. Неврозы

Неврозы представляют собой не самостоятельные формы болезни, а особого рода реакции, возникающие психогенно. Два основных признака характеризуют их:

- 1) невротические реакции возникают из переживаний внутреннего конфликта личности и
- 2) проявляются по преимуществу в соматических (телесных) симптомах.

Чаще всего центр тяжести конфликта заключается в неспособности личности справиться с требованиями, предъявляемыми ей средой, или осуществить свои стремления, следовать своим интересам и т. д. Результатом этих противоречий являются внутренний разлад, неудовлетворенность, тревога и т. п. Эти тягостные переживания, с одной стороны, ослабляют и истощают нервную систему, вызывая те или иные нервные явления, а с другой — пробуждают у личности иногда сознательно или подсознательно «волю к болезни», стремление ухватиться за болезнь как за средство, позволяющее сохранить уважение к себе, оправдать перед собою и другими свою несостоятельность в тех или иных трудных условиях, или избежать затруднений, опасностей, или достичь желаемого, недостижимого другим путем и т. п.

Несмотря на большое участие психики в происхождении и проявлениях невротической реакции, эта реакция выражается как сказано, главным образом физическими симптомами: болями и неприятными ощущениями в разных частях тела, двигательными, сосудистыми явлениями и т. д. Невротические состояния в силу длительного характера конфликта, постоянной фиксации невротиком внимания на своих переживаниях и болезненных явлениях имеют тенденцию становиться привычными, усиливаться, развиваться, теряя постепенно связь с исходными конфликтными переживаниями и получая самостоятельный стойкий характер. Отсюда — явления «невротического привыкания» и «невротического развития», столь частые у невротиков.

Неврозы не относятся к душевным расстройствам. В отличие от психозов при неврозах нет свойственных душевным болезням нарушений личности, и они сопровождаются обыкновенно сознанием больным своего болезненного состояния, что большей частью не присуще психически больным. Неврозы являются доброкачественными, обратимыми заболеваниями, т. е. не связанными с органическими поражениями, разрушающими нервную систему.

К неврозам относится ряд болезненных состояний, из которых мы рассмотрим две главные формы, чаще всего встречающиеся и имеющие значение в судебно-психиатрическом отношении: а) неврастению и б) истерию.

1. Неврастения

Неврастения (в переводе с греческого — нервная слабость) выражается в явлениях слабости нервной системы и в то же время в ее повышенной возбудимости.

Первая проявляется ощущениями общей физической и психической слабости, быстрой утомляемостью при работе, особенно умственной, отсутствием бодрости, вялостью и утомленностью, слабостью внимания, трудностью думать, соображать, запоминать, сосредоточиваться на предмете.

Вторая, т. е. повышенная возбудимость, сказывается в обострении чувствительности как к физическим раздражениям, так и к чисто психическим впечатлениям.

В качестве наиболее часто встречающихся симптомов неврастении необходимо упомянуть тяжесть в голове, головные боли, дрожание, особенно пальцев рук и век, повышение сухожильных рефлексов, различного рода боли и различные неприятные ощущения в области сердца, отсутствие аппетита, запоры.

Общее тягостное самочувствие, разнообразные неприятные ощущения и те или иные физические расстройства создают тяжелое, подавленное настроение, упадок духа, мнительность, недостаток инициативы и нерешительность.

Судебно-психиатрическое значение неврастении в отличие от других неврозов незначительно. Остро протекающие неврастенические состояния, как показывает опыт Института им. Сербского, обычно не фигурируют в качестве непосредственного повода к правонарушению. При оценке подобных случаев надо все же иметь в виду, что неврастеническое состояние, не представляющее душевного расстройства в тесном смысле слова и излечимое, не исключает вменяемости.

2. Истерия

Истерия является одним из самых распространенных и наиболее изученных неврозов.

Различают три формы истерических проявлений. Там, где истерические симптомы представляют временное, преходящее явление, возникающее в ответ на ту или иную психическую травму, говорят об истерической реакции. Если истерические явления, возникшие реактивно, имеют тенденцию развиваться, становиться стойкими и получать характер постоянных свойств личности, то это называют истерическим развитием. Наконец, в тех случаях, когда истерические симптомы являются выражением врожденных особенностей, проявлением конституционального склада личности, там принято говорить об истерическом характере.

Наиболее характерную особенность истерии составляет то, что ее симптомы: 1) находятся в непосредственной

зависимости от психических переживаний и 2) возникают чаще всего под влиянием желания, не всегда достаточно сознаваемого, быть или казаться больным.

Истерические реакции возникают под влиянием тяжелых душевных переживаний и проявляются в психических и физических симптомах. С психической стороны наблюдается обычно резко повышенная впечатлительность, очень большая неустойчивость настроения, слезливость, обидчивость, склонность к преувеличению и подчеркиванию своих болезненных явлений, стремление казаться более больным, чем это есть на самом деле, и т. д. С физической стороны имеют место слабость или паралич конечностей, расстройства чувствительности, судороги, дрожание, сведения мышц, расстройства речи (заикание, немота, беззвучность речи, произвольные вскрикивания), упорная икота, расстройства глотания, рвота, ощущение клубка в горле и т. д.

Особо должны быть выделены судорожные припадки истеричных, играющие большую роль в картине болезни. Истерический припадок возникает обыкновенно в связи с каким-либо волнением или расстройством, часто начинается плачем, иногда криками, демонстративными попытками нанести себе повреждения: больной разрывает на себе платье, царапает себе грудь, кусает руки, рвет на себе волосы, бьется головой о стену и т. д. Затем появляются судорожные подергивания, которые переходят в общие судороги; больной падает и в течение некоторого времени, иногда довольно продолжительного, бьется на полу, причем, несмотря на очень бурную картину припадочного состояния, обычно не причиняет себе сколько-нибудь значительных повреждений.

В отличие от эпилептических припадков, при истерическом припадке нет глубокого затемнения сознания: больной сохраняет в известной мере способность воспринимать окружающее и доступен психическому воздействию. Отсутствуют прикусывание языка и произвольное мочеиспускание, не наблюдается также отсутствия реакции зрачков на свет, которое имеет место при эпилептическом припадке.

Все истерические симптомы обыкновенно усиливаются при душевном волнении или при усиленном внимании к больному со стороны окружающих.

Указанные психические и физические симптомы относятся к наиболее частным проявлениям истерического реагирования. Существуют, однако, острые истерические реакции более глубокого порядка — с помрачением сознания, в форме так называемых сумеречных состояний. Эти истерические сумеречные состояния в большинстве случаев являются выражением инстинктивного, бессознательного желания больного уйти от

тяжелых переживаний, защититься от тяжелой действительности (см. ниже «Психогенные реакции»).

Наиболее часто наблюдается в таких случаях так называемое «бегство в болезнь», которое выражается в поведении, напоминающем душевное расстройство и соответствующем обывательским представлениям о душевной болезни в виде неправильных или нелепых ответов на простые вопросы (псевдодеменция, или ложное слабоумие, и ганзеровское сумеречное состояние). Реже уход от действительности выражается как бы в возвращении в детское состояние, когда больной ведет себя, как ребенок: говорит по-детски, играет в игрушки, вместо букв выводит каракули и т. п. (так называемое состояние пуэрилизма). Иногда сумеречное истерическое состояние сопровождается общим оцепенением и неподвижностью, которое называется истерическим ступором.

Истерическое развитие. Истерические симптомы, психические и физические, возникают чаще всего как временное явление, как реакция на ту или другую психическую травму. Поэтому истерические реактивные расстройства обычно имеют тенденцию к исчезновению, к переходу к выздоровлению. В некоторых, однако, случаях, в зависимости от причин внутренних (конституциональных) или внешних, истерические явления, раз возникшие, не ослабевают, не выравниваются, а затягиваются, делаются стойкими и даже усиливаются и развиваются. Это называется истерическим развитием.

В подобных случаях внутренняя переработка травмирующих переживаний, их естественное изживание затрудняются и замедляются. Внимание такого больного все больше фиксируется на болезненных явлениях, которые получают в глазах больного несоразмерно большое значение, кажутся ему заслуживающими особого внимания к нему со стороны окружающих. Желание бороться с болезнью слабеет, усиливается «воля к болезни». Физические и психические истерические симптомы возникают все с большей легкостью, уже по самым незначительным поводам или даже без них. Больной все больше «вживается в свою болезнь», привыкает к ней («истерическое привыкание»). Симптомы болезни освобождаются постепенно от связи с исходной психической травмой и получают самодовлеющее значение. Упомянутые выше временные изменения характера, вызываемые психической травмой, усиливаются, становятся стойкими, получают значение постоянных свойств характера. Личность постепенно меняется, все больше «истеризируется» и приближается к тому, что называется истерическим характером.

Истерические явления нередко осложняют те или другие повреждения центральной нервной системы, возникающие в связи с различного рода несчастными случаями, индивидуаль-

ными или массовыми: железнодорожными крушениями, промышленными катастрофами, стихийными бедствиями и в особенности с военными травмами, преимущественно контузиями. Эти истерические реакции, по существу, мало чем отличающиеся от обычной истерии, представляют, однако, некоторые особенности, оправдывающие их выделение в особую группу травматической или посттравматической истерии.

Основую истерических явлений в подобных случаях является не столько непосредственное повреждение мозга, сколько тяжелые психические переживания, связанные с травмой.

Болезнь развивается обычно не сразу после травмы, а спустя некоторое время, по миновании острых явлений травматического повреждения и проявляется в судорожных припадках истерического характера (у военных травматиков часто с командованием и воспроизведением переживаний боевой обстановки), в параличах, общем трясении, подергиваниях, сведениях мышц, истерических расстройствах чувствительности, заикании, истерической глухоте, немоте и т. д. Наряду с этим больные обнаруживают повышенную аффективную возбудимость, раздражительность, неустойчивость настроения, склонность к слезам, иногда к агрессивным поступкам, повышенную самооценку, стремление быть центром внимания, преувеличивать свое болезненное состояние, эгоизм, ограничение интересов, главным образом в сторону сосредоточения на своих переживаниях и личных интересах.

На этой почве в большинстве случаев наблюдается постепенное развитие специфических установок — преувеличенного представления о своих заслугах, о своем праве на особое внимание со стороны государства и общества, на оказание помощи, на предоставление особых преимуществ и привилегий.

Борьба за свое, понимаемое очень односторонне, право идет по путям истерических механизмов. Способом ее служит доказательство своей болезни, предъявление болезненных симптомов, обычно преувеличиваемых, всячески подчеркиваемых, иногда воспроизводимых путем умышленного взвинчивания себя или даже просто симулируемых.

Истерический характер. Только что указанные явления достигают особенного развития у конституционально истеричных, т. е. при истерической психопатии. Здесь они или распускаются особенно пышным цветом под влиянием психических потрясений или с самого начала обнаруживаются как постоянные черты характера и в этих случаях проходят красной нитью через всю жизнь субъекта.

Главными свойствами истерического характера являются чрезвычайная впечатлительность, повышенная возбудимость, неустойчивость настроения, обидчивость, капризность, стремле-

ние обращать на себя внимание окружающих, вызывать интерес к себе, производить во что бы то ни стало впечатление.

Этим объясняется свойственная истеричным страсть к преувеличениям, к рисовке, к позе, склонность к вымыслам и фантазиям, лживость, самомнение и эгоизм.

В своем стремлении обратить на себя внимание истеричные не останавливаются ни перед какой сенсацией, ложью, обманом, не считаются с интересами и благом других, не щадят самих себя, жертвуют для этой цели своей репутацией, здоровьем, положением и т. д. Они иногда возводят обвинения в их изнасиловании или похищении, в покушении на их жизнь или честь; очень часто объектами их клеветы бывают лечащие их врачи. Чтобы обратить на себя внимание, заинтересовать собой, они чрезвычайно преувеличивают свои болезненные явления или демонстрируют несуществующие, небывалые болезни, иногда тайно нанося себе для этого повреждения или причиняя себе вред различными способами и т. д. Они так запутываются в своих вымыслах и фантазиях, так входят в роль, что перестают отличать правду от лжи, выдуманное от действительного.

Умственные способности истеричных могут быть достаточно высоки, но чаще они ниже среднего, близки к дебильности. Вся их психическая жизнь носит обыкновенно отпечаток незрелости и некоторой детскости. Иногда они могут быть приспособлены к какой-нибудь полезной деятельности, особенно если эта деятельность удовлетворяет их склонности к эффектной роли, к возвеличению себя в глазах других, но обыкновенно не удерживаются долго в этой роли вследствие недостатка выдержки.

Течение истерии может быть очень различным, в зависимости от конституциональной почвы, внешних условий, степени истерического привыкания и т. д. С возрастом истерические проявления имеют тенденцию сглаживаться, хотя почти всегда при неблагоприятных условиях болезнь обостряется.

Лечение. Основной задачей лечения является воздействие на личность больного путем борьбы с ее болезненными установками. Здесь уместно длительное, осторожное, индивидуальное психическое лечение, иногда с применением внушения в отношении некоторых симптомов, трудотерапия и создание условий, уменьшающих возможность психической травматизации.

Судебно-психиатрическое значение. Экспертизе приходится в подавляющем большинстве случаев иметь дело с истерическими состояниями, которые возникают уже после преступления в качестве психогенной защитной реакции. Несравненно реже встречаются случаи, когда правонарушения или совершаются в острых истерических состояниях или могут так или иначе быть поставлены в связь с истерической конституцией.

В огромном большинстве случаев черты истерической конституции бывают выражены нерезко и вопрос о вменяемости решается без особых затруднений. Значительно реже встречаются личности с типическим истерическим характером, иногда в очень ярком выражении. Как и в отношении других конституциональных психопатов, вменяемость не исключается и здесь, поскольку конституциональные аномалии не составляют душевной болезни, а наблюдающиеся нередко у них истерические реакции на судебную ситуацию не могут служить основанием для применения ст. 11 УК РСФСР.

Исключения из этого правила могут составлять те очень редкие случаи, когда психические аномалии достигают степени психического уродства, когда вся жизнь таких личностей представляет почти непрерывную цепь болезненных реакций, не соответствующих по характеру и силе вызывающим их поводам, когда характер преступных действий находится в связи с явно патологическими мотивами. Случаи такого рода дают основание для заключения о невменяемости.

Очень часто объектом судебно-психиатрической экспертизы являются травматик-истерики, так как указанные выше особенности их психики и настойчивость в предъявлении доказательств болезни и использовании ее в защитных целях (демонстрирование припадка в суде, представление справок о болезни) служат поводом для направления их на экспертизу.

Травматическая истерия, поскольку она не является душевным расстройством в тесном смысле слова, не исключает вменяемости. Признание невменяемости у таких испытуемых усиливает свойственные травматикам установки на болезнь, создает представление об их безнаказанности. Защитные реакции их в месте лишения свободы или в экспертном учреждении (припадки, демонстративные попытки на самоубийство, сумеречные состояния по типу ганзеровского сумеречного состояния, псевдодементности и т. д.) также не могут служить основанием для признания невменяемости.

Труднее решается вопрос о наличии или отсутствии скоропреходящего болезненного состояния в момент правонарушения (патологического опьянения, патологического аффекта и т. д.), но он должен разрешаться в соответствии с принципами судебно-психиатрической оценки этих состояний вообще (см. главу «Исключительные состояния»). В отдельных случаях, в связи с тяжестью болезни, осложняющими моментами (органические изменения, артериосклероз, алкоголизм, конституциональные аномалии и т. д.), может сказаться необходимым признание невменяемости и применение медицинских мер.

З., 35 лет, пенсионер, инвалид 2-й группы, грамотный.

Обстоятельства дела. З. неоднократно склонял женщин к сожительству с ним, присваивал себе их вещи и деньги. Так же поступил он и с гр-кой М. Когда М. стала протестовать, он бросил в нее тяже-

лым предметом, но промахнулся. Осколками разбитой при этом люстры был легко ранен малолетний сын З.

А н а м н е з (со слов испытуемого). В наследственности ничего патологического. З. рос и развивался правильно. Учился в школе только один год. Отличался хорошим здоровьем, общительным, жизнерадостным характером.

Испытуемый был ранен в руку, контужен (засыпан землей). Около 2-х недель был без сознания, лишился слуха, который частично восстановился через пять недель. В дальнейшем он снова был контужен и ранен.

В связи с этим он отмечает у себя изменение характера — вспыльчивость, раздражительность, общую нервность. Появились судорожные припадки, возникавшие обычно от волнения; в припадке он командовал.

Алкоголь употреблял редко и понемногу. Сифилис отрицает.

О своем правонарушении рассказывает следующее. Желая обеспечить уход и наблюдение за своим мальчиком, он пустил на свою жилплощадь М. с условием, что она будет присматривать за ребенком. Однако М., имея целью завладеть его комнатой и посадить его в тюрьму, распускала слухи, что она якобы является его женой, и требовала, чтобы он зарегистрировался с ней. Так как он не соглашался, М. била его. Один раз, защищаясь, он бросил в нее совком, и, хотя не попал, М. возбудила против него дело.

При испытании в Институте обнаружено: средний рост, диспластическое телосложение, удовлетворительное питание; внутренние органы без отклонений от нормы.

З р а ч к и — норма. Небольшая асимметрия лица; резкое дрожание век, языка и вытянутых пальцев рук. Коленные рефлексy резко повышены, равномерны. Красный стойкий дермографизм.

П с и х и ч е с к о е с о с т о я н и е. Испытуемый в ясном сознании, ориентирован правильно. Доступен, охотно и многословно рассказывает о себе и своих болезнях, связывая свое состояние с военными переживаниями, подчеркивая свое «боевое прошлое», явно его преувеличивая и приукрашивая вымышленными эпизодами. Повторяет, что он партизан, участвовал в 52 боях; демонстрирует следы своих ранений, требует проверки их по имеющимся у него дома документам. Настойчиво говорит о своих заслугах перед государством, выражает негодование и удивление, что его, заслуженного, потерявшего здоровье человека, теперь преследуют из-за ложных обвинений «какой-то шантажистки».

Высказывает много жалоб ипохондрического характера (у него болит голова, грудь, сердце, живот и т. п.). Говорит приглушенным голосом, часто вздыхает, на глазах слезы. Волнуется, ходит по комнате большими шагами, просит валериановых капель для успокоения.

Старается себя оправдать в отношении своего правонарушения, во всем винит М. Беседуя с врачом, следит за записями врача, старается подсмотреть, что написано о нем. Интеллект невысокий, но формальные способности (память, соображение, критика) достаточно сохранены. Бредовых идей не высказывает, галлюцинации отрицает.

За время испытания состояние и поведение испытуемого остались без существенных перемен, причем три раза наблюдались припадки с потерей сознания и командованием.

Приведенное наблюдение дает картину типичной травматической истерии. Эмоциональная возбудимость, неустойчивость настроения, склонность к преувеличению, характерная для травматиков установка (ссылка на свои заслуги, претензия на особое вследствие этого внимание к нему), наконец, судорожные припадки с командованием, при отсутствии органических симптомов — все это делает диагноз травматической истерии совершенно ясным. Поскольку указанные явления не составляют

душевной болезни в тесном смысле слова, испытуемый должен считаться вменяемым как в обычном своем состоянии, так и в момент совершения преступления. На этом основании он был признан комиссией в отношении инкриминируемого деяния вменяемым.

§ 2. Психогенные реакции

Психогенная реакция характеризуется следующими признаками:

- 1) психогенная реакция развивается в непосредственной причинной связи с психической травмой;
- 2) содержание ее отражает травмирующие переживания или, как говорят, находится с ними в «понятной связи»;
- 3) психогенная реакция имеет склонность к обратному развитию и с устранением травмирующей причины или с естественным ее изживанием исчезает бесследно.

При психогенных реакциях (в возникновении болезненного состояния) имеет значение не столько личность, сколько внешние условия, т. е. те травмирующие влияния, которые связаны с создавшейся для субъекта ситуацией, по тем или иным причинам тягостной, непереносимой или чрезмерно потрясающей. Соответственно такому характеру психической травмы психогенная реакция возникает и протекает большей частью остро, проявляется преимущественно психическими симптомами и имеет склонность к обратному развитию, исчезая или в силу естественного изживания реакции или, чаще, с изменением к лучшему ситуации.

Источники и условия травмирующих ситуаций могут быть очень разнообразны, например, переживания, связанные с преступлением и его последствиями: арестом, следствием, судом, отбыванием наказания и т. д.

Поскольку причина психогенной реакции лежит во внешних травмирующих впечатлениях, психогенные реакции должны относиться к экзогенным расстройствам. Однако в развитии и оформлении психогенных реакций играют роль также и эндогенные конституционные моменты, а равно и нажитые изменения: органические поражения, алкоголизм, физические травмы и т. д.

Картина психогенных реакций может проявляться очень различными симптомами. В одних случаях наблюдаются главным образом изменения в эмоциональной сфере, в других выступают на первый план изменения сознания, в третьих имеют место различного рода бредообразования и т. д. Во всех, однако, случаях имеется налицо аффективное состояние, которое является основным фоном реакции.

Первую и самую многочисленную группу психогенных реакций составляют психогенные расстройства настроения.

Психогенная депрессия — одна из самых частых форм психогенных реакций — характеризуется подавленным, тоскливо-тревожным настроением, тяжелыми мыслями, почти всегда теми или иными телесными симптомами в виде головных болей, плохого сна, пониженного аппетита и т. п.

При этом нередко попытки на самоубийство, которые чаще носят демонстративный характер, но могут иногда иметь и серьезные последствия.

К., 28 лет, замужняя, контролер типографии, с низшим образованием, обвиняется по ст. ст. 19 и 136 УК РСФСР (покушалась на убийство мужа).

Анамнез. Душевных и нервных заболеваний в роду не было. В детстве наблюдались явления лунатизма. По характеру была вспыльчивой, впечатлительной, обидчивой. Замуж вышла 16 лет, но скоро разошлась с мужем из-за плохого обращения его с ней. 24-х лет вышла вторично замуж и до последнего времени жила с мужем. Чувствует себя нервнобольной: плохо спит, вскакивает по ночам, страдает головными болями, обнаруживает рассеянность, после волнений у нее иногда бывают истерические припадки. Спиртных напитков не употребляет. В прошлом году, узнав неожиданно, что муж изменяет ей и собирается развестись с нею, пыталась зарезать мужа, нанеся ему бритвой во время сна рану на шею.

При испытании в институте со стороны нервной системы установлено: зрачки равномерны, с живой реакцией на свет, сухожильные рефлексы не повышены. Со стороны психической: сознание ясное, ориентировка в месте, времени и в своем положении правильная. Доступна, охотно беседует с врачом. Настроение резко подавленное. Заполнена переживаниями, связанными с мужем, не может примириться с его изменой и разрывом с ней. Вместе с тем угнетена арестом и перспективой ответственности. Себя ни в чем не винит, стремится переложить ответственность во всем на других и прежде всего на мужа. Часто плачет, плохо спит по ночам, особенно когда ее одолевают мрачные мысли. Почти не участвует в жизни отделения. При разговоре о ее деле волнуется, плачет, пульс ее при этом учащается до 110 в минуту. За время испытания в институте наблюдались два истерических припадка.

Судебно-психиатрическая оценка данного случая не представляет особых затруднений. У личности, от природы неуравновешенной, под влиянием тяжелого душевного потрясения возникает аффективная вспышка, в которой совершается покушение на убийство. Вслед за преступлением развивается реактивное состояние в форме тяжелой подавленности со всеми типическими особенностями психогенной депрессии: тоскливым настроением, не достигающим большой глубины и целиком обусловленным травматизирующими переживаниями, отсутствием психического заторможения, склонностью винить других. Поскольку преступление было совершено хотя и в аффективном состоянии, не достигшем степени патологического аффекта, а психогенная депрессия не является психозом в тесном смысле слова, испытываемая была признана вменяемой в момент совершения преступления и после него.

Вторую значительную группу психогенных реакций представляют сумеречные состояния. В подавляющем большинстве случаев эти состояния представляют собой своеобразную форму «ухода от действительности».

При наличии тяжелой ситуации у личности, часто неустойчивой и психопатической, возникает сознательное или бессознательное стремление так или иначе уйти, хотя бы на время, из-под гнета ставшей невыносимой действительности. Уход от реальности может быть различным — в болезнь, в переживания детства, в оцепенение и т. д., но во всяком случае такую реакцию защиты не следует представлять себе как умышленный обман, как симуляцию.

Наиболее частой формой ухода от действительности является «бегство в болезнь»: стремление путем демонстрации своей слабости и беспомощности вызвать участие у окружающих и повлиять на изменение ситуации.

Особенно частой формой «бегства в болезнь» является псевдодеменция (ложное слабоумие), характеризующаяся тенденцией ничего не знать, ничего не понимать, казаться слабоумным. Больные отзываются незнанием или дают неправильные ответы на самые простые вопросы — об имени и фамилии, возрасте, занятии, образовании, о своих близких, не знают своего настоящего, не помнят прошлого, обнаруживают утрату школьных знаний, не могут производить простейшие вычисления, даже сосчитать пальцы на руке и т. д.

Разновидностью псевдодементного состояния является ганзеровское сумеречное состояние. Оно характеризуется неясностью сознания, растерянностью и склонностью давать неправильные и нелепые ответы (у больного три глаза, в году 90 месяцев, паровозы ходят на лошадиных ногах и т. п.).

Г., 45 лет, служащий, заведующий магазином, обвиняется в самоснабжении и продаже присвоенных продуктов на рынке.

Анамнез. В наследственности ничего особенного, вырос в семье мастерового, кончил приходскую школу, работал мальчиком в столовой, позднее официантом в гостинице. По характеру был раздражительным, вспыльчивым. Испытуемый был призван на военную службу, послан на фронт, получил легкое ранение, был контужен. С тех пор он — инвалид, работал в инвалидной артели заведующим продуктовым магазином.

Физическое состояние. Испытуемый выше среднего роста, правильного сложения, хорошего питания. Сердце увеличено влево, шум верхушки. Со стороны нервной системы отмечаются общее понижение болевой чувствительности, общий тремор, отсутствие глоточного рефлекса.

Психическое состояние. У испытуемого мрачный и в то же время растерянный вид. Лежит в постели. Все движения его замедлены. Не сразу понимает, что от него требуют. Молчит, на вопросы или не отвечает или отвечает не сразу, с трудом, с заметным усилием, трет рукой лоб, вздыхает, повторяет несколько раз заданный вопрос. Не может дать о себе толковых сведений.

Отвечает на вопросы следующим образом: «Как вас зовут?» — «Как зовут... как зовут... меня зовут... меня зовут... Аким зовут.» — «А по

отчеству? — «По отчеству... по отчеству Васильевич». — Сколько вам лет? — «Сколько лет... сколько лет... много будет, не знаю». — «В каком году родились?» — «Уж не знаю, уж не помню, в каком году, давно родился... не знаю». — «Где живете, какой адрес?» — «там живу... большая улица... в городе... в городе». — «Сколько у вас детей?» — «Много детей... мальчик... девочка...». На вопрос о возрасте и имени детей долго думает, затем отвечает: «Витя, Тамара... лет по 10 будет...». — «Как жену зовут?» — «Жену... жену... Татьяна». — «А по отчеству?» — «По отчеству... не знаю». — «Сколько у вас пальцев на руке?» — Смотрит на руку, считает, откладывая пальцем другой руки: «Пять». — «А на обеих руках?». Долго считает, молчит. «А на ногах?». Снимает носки, долго смотрит на ноги: «Руки и ноги одно и то же».

На второй день лежит неподвижно, глаза устремлены в одну точку, на все вопросы отвечает: «Не знаю». При вопросе о судебном деле вздрагивает, глаза наполняются слезами, отвечает: «Оставьте, я не арестован, ничего не знаю».

Предоставленный самому себе, много спит, от еды отказывается, опретен. Через семь дней становится живее, ест с жадностью, хуже спит, беспокоится о своем деле, дает о себе толковые сведения.

Заключение комиссии: «Душевной болезнью не страдает. В связи с арестом и подследственным состоянием обнаруживал явления психогенной реакции в форме псевдодеменции, из которой в настоящее время вышел. Вменяем. В дальнейшем пребывании в институте не нуждается».

Пуэрилизм. Под этим названием разумеется форма ухода от действительности в переживания детства. Больные принимают облик и поведение детского возраста. Они отвечают по-детски, наивно, шепелявят, сюсюкают, забавляются игрушками, тянутся к блестящим предметам, плачут при попытках отнять у них игрушки, радуются ребячески безделушкам, часами проводят время за постройкой карточных домиков, за складыванием бумажных корабликов и т. п. Симптомы пуэрилизма иногда длятся недолго, лишь в период сумеречного состояния, но в некоторых случаях могут наблюдаться очень продолжительное время без ощутимого нарушения сознания.

Психогенный ступор развивается обычно не сразу после травмирующего переживания и проявляется в неподвижности, молчании, видимом отсутствии реакции на внешние впечатления при наличии расстройства сознания, хотя и не достигающего большой степени. Проявляясь в особенно характерной форме в связи с арестом или тюремным заключением, он носит также название «тюремного ступора». По степени интенсивности состояния ступор представляет большие различия.

Л., 25 лет, крестьянин, женат, грамотный, обвиняется в вооруженном ограблении.

Обстоятельства дела. Два года тому назад за участие в вооруженном ограблении фабрики был осужден на пять лет, бежал из тюрьмы, жил под чужим именем. В том же году вновь участвовал в вооруженном ограблении и при этом задушил возчика.

При поступлении дает картину резко выраженного ступорозного состояния. Зрачки расширены, неравномерны, с живой реакцией на свет. Совершенно не реагирует на сильные уколы в разных частях тела. Глоточный и конъюнктивный рефлексы отсутствуют. Коленные рефлексы повышены, кожные живые. Лицо красное, синюшность и резкое похолодание конеч-

ностей, сильная потливость. Очень лабильный (меняющийся по ритму) пульс. Внутренние органы в порядке. Истошен, на крестце краснота.

Глаза устремлены в одну точку, выражение лица бессмысленное, растерянное. На окружающее ничем не реагирует, не отвечает на вопросы, не подает руки. Резкое двигательное и психическое заторможение. Конечности остаются в приданном им положении. Не глотает слюну, которая вытекает изо рта. Неопрятен. Кормится из рук, так как самостоятельно не ест и не пьет.

В течение ближайших двух месяцев состояние его не менялось даже при свидании с женой. Со второй половины июня глаза и лицо начали принимать более осмысленное выражение, появился некоторый интерес к окружающему. Ночью уже сам натягивал на себя одесло и поправлял под собой резиновый круг. Но попрежнему молчал, при обращении к нему врача пульс его учащался, а зрачки расширялись.

Вскоре он стал тихо и очень медленно говорить. В окружающем не ориентируется. Ест сам, опрятен. Медленное и постепенное улучшение. Сообщает, что совершил ограбление и убийство в пьяном виде, поговору других, был «как в дурмане», помнит все очень смутно.

Болезненное состояние возникло в данном случае после ареста, в связи с тюремным заключением и перспективой очень серьезной ответственности, и носит характер глубокого ступорозного состояния, производящего впечатление процессуального ступора (шизофренического или эпилептического). Однако наличие в картине ступора некоторых особенностей (колебания величины зрачков и изменение пульса при обращении к нему врача, потеря болевой чувствительности и отсутствие рефлексов слизистых оболочек, потливость, вазомоторные колебания и, наконец, возвращение к норме с продолжающимся аффектом страха и тревоги за свою участь) показывает, что здесь имеет место психогенная реакция в форме «ухода в болезнь».

Так как испытуемый не обнаруживал ранее особых отклонений от нормы и совершил преступление в состоянии простого опьянения, он должен считаться вменяемым.

К психогенным реакциям, протекающим при сохранности сознания, относятся также различные формы психогенного бредаообразования, встречающегося значительно реже расстройства настроения. Наиболее яркую, остро протекающую форму психогенного бредаообразования представляют так называемые **бредоподобные фантазии**, чаще всего наблюдаемые в тюремном заключении, но встречающиеся и при психических травмах иного порядка.

Вслед за травмой возникает пышный бред, обычно с характером идей величия, иногда преследования, причем эти идеи отличаются нестойкостью, малой субъективной убежденностью, носят большей частью отпечаток причудливой надуманности и подчас нарочитой нелепости, что придает этим бредовым построениям характер выдумки, как бы некоторой игры. Бредовое состояние протекает при кажущейся ясности сознания и длится большей частью непродолжительное время.

Гораздо большее практическое значение имеет форма психогенного галлюциноза, проявляющегося обыкновенно в виде так

называемого психоза одиночного заключения. Болезнь обычно обнаруживается в предварительном заключении, реже у срочных заключенных и проявляется в остро развивающемся состоянии тревоги, страха, в обильных, преимущественно слуховых, отчасти зрительных галлюцинациях. Больные слышат угрозы расправиться с ними, подвергнуть мучениям, пытать, улавливают звуки шагов, звон замка, щелканье взводимых курков и т. п. Им кажется, что за стеной или под полом мучают и убивают их родных; видят в окне зарево, дым, страшные фигуры, оружие и т. п., не спят по ночам, все время находятся в страхе. С переводом в другую обстановку — в общую камеру, в лечебное учреждение — все явления очень быстро стихают. Картина «психоза одиночного заключения» во многих отношениях напоминает алкогольный галлюциноз.

В условиях военного времени, как показал в особенности опыт минувшей Отечественной войны, характер психогенных реакций претерпевает значительные изменения, с чем приходится считаться при их судебно-психиатрической оценке.

Прежде всего, в связи с наличием тяжелых потрясающих переживаний боевой обстановки наблюдаются довольно часто так называемые шоковые реакции, т. е. состояния, вызываемые внезапным и сильным испугом. Они выражаются по преимуществу в двух формах: аффективного ступора и аффективного возбуждения.

Аффективный ступор представляет собою своеобразный паралич эмоций и проявляется в апатии, вялости, малоподвижности, пассивности, глубоком безучастии к окружающему, растерянности и неясном сознании. Вторая форма — аффективное возбуждение, которое или сменяет аффективный ступор, или развивается вторично, выражается в сильном страхе, двигательном возбуждении, беспорядочном стремительном бегстве, часто со склонностью к агрессивным поступкам при нарушенном, также как и в первом случае, сознании. Шоковые реакции длятся обычно короткое время: от нескольких часов до нескольких дней, редко дольше, с последующей неясностью и полной утратой воспоминания (амнезией) о них.

В зависимости от целого ряда добавочных ослабляющих факторов военного времени (физические травмы — ранения и особенно контузии, — телесное и душевное перенапряжение и переутомление, недостаточное питание, инфекции и т. п.) указанные выше формы психогенных реакций (психогенная депрессия, псевдодеменция, пуэрилизм, психогенные бредовобразования и т. д.) обнаруживают известные особенности, которые отличают их от психогений мирного времени. Эти особенности сводятся главным образом к меньшей психологической сложности психогенных реакций, их однообразию и известной однотипности, а с другой стороны, к более тяжелому характеру

психических нарушений, приближающему их к душевным расстройствам в тесном смысле слова.

В этом отношении заслуживает внимания сравнительно часто наблюдавшаяся форма реактивного бредового состояния, так называемый депрессивный паранойд, проявлявшийся в тяжелом и глубоком подавленном настроении и резко выраженных бредовых идеях преследования и особенно самообвинения.

Указанные психогенные реакции военного времени наблюдаются или в связи с действием по преимуществу психических переживаний, или чаще осложняют собою травматические повреждения мозга (ранения и контузии) и в таких случаях развиваются обычно по миновании острых явлений травм, в более поздних стадиях болезни.

Течение и исход психогенных реакций. Психогенные реакции развиваются большей частью остро. Их продолжительность зависит от двух моментов 1) характера реакции и 2) особенностей ситуации.

Сумеречные состояния с «уходом от действительности» исчисляются днями, много — неделями. Реакции, сопровождающиеся ясным сознанием (психогенные депрессии, бредовые формы), могут длиться значительно дольше.

Ситуации, особенно серьезные по последствиям, естественно, более длительно и стойко поддерживают реакцию. Во всяком случае изменения в ситуации в благоприятную или неблагоприятную сторону, как правило, отражаются на течении реакции, вызывая в первом случае улучшение или исчезновение реакции, во втором — ее обострение или рецидив.

Иногда по причинам, недостаточно еще выясненным, психогенные реакции принимают очень затяжное течение: тянутся многими месяцами и даже годами.

Судебно-психиатрическое значение. В практике судебно-психиатрической экспертизы психогенные реакции играют очень большую и важную роль.

В подавляющем большинстве случаев экспертизе приходится иметь дело с психогенными реакциями, развивающимися в тюрьме, после совершения преступления, в связи с арестом и последственным состоянием или в период отбывания наказания, почему эти реакции носят также название тюремных реакций. Поэтому эксперту обычно приходится решать вопрос не о вменяемости, а о применении ст. 11 УК РСФСР в той ее части, в которой говорится о заболевании душевной болезнью к моменту вынесения приговора. Лишь в виде очень редкого исключения встречаются случаи, когда само преступление совершается во время реактивного состояния, возникшего ранее по тем или иным поводам.

Общая принципиальная установка в отношении вменяемости при психогенных реакциях вытекает из современных воззрений

на сущ
реакции
смысле
реак
мости

Соо
средней
способн

ключен

биной,

склонно

нием (а

кладыва

ния, до

о вменя

чаях, к

ной скр

слова (

В ос

психоген

вплоть д

эксперти

вменяем

иметь м

ции ил

признак

на сущность психогенных расстройств. Поскольку психогенные реакции рассматриваются не как душевные болезни в тесном смысле слова, а как состояния пограничные, психогенная реакция, как правило, не исключает вменяемости.

Соответственно этому при психогенных реакциях легкой и средней степени испытуемые обычно признаются вменяемыми, способными отвечать перед судом, и возвращаются в место заключения. В реакциях, отличающихся своей тяжестью и глубиной, или очень стойким, затяжным течением, или особенной склонностью к рецидивам, или осложненным другим заболеванием (артериосклероз, травма и т. п.), приходится иногда откладывать решение вопроса о вменяемости вплоть до улучшения, до окончания реактивного состояния. Решение вопроса о вменяемости необходимо откладывать также и в тех случаях, когда возникает подозрение, что под реактивной картиной скрывается какая-либо душевная болезнь в тесном смысле слова (шизофрения, органический психоз, олигофрения и т. д.).

В особо тяжелых или очень затяжных и упорных случаях психогенных реакций, когда ни время, ни лечебные меры вплоть до временного перевода в больницу, не приводят к цели, экспертиза иногда может признать подобного испытуемого невменяемым. Естественно, что такое же заключение должно иметь место также и в тех случаях, когда после стихания реакции или еще наряду с явлениями реакции обнаруживаются признаки душевной болезни.

ГЛАВА XVI

ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Исключительные состояния, т. е. временные расстройства душевной деятельности, характеризуются внезапным началом, кратковременностью течения и частичным или полным отсутствием воспоминаний (амнезия) о происшедшем. Развертываются они обычно на почве какой-либо недостаточности, например у лиц психически неуравновешенных (у психопатов), или на почве различных процессуальных заболеваний (эпилепсия, органические поражения центральной нервной системы). Возникновению исключительных состояний могут благоприятствовать такие ослабляющие моменты, как утомление, отсутствие сна, послеинфекционная слабость, послеродовой период и т. д., особые душевные состояния в виде аффектов ужаса, гнева, тоски, а также различные интоксикации (в особенности алкоголь).

Исключительные состояния чрезвычайно разнообразны как по форме, так и по характеру своего проявления, но во всех случаях на первый план выступает изменение или расстройство сознания различной степени и глубины. Начнем рассмотрение исключительных состояний с так называемого патологического аффекта¹.

Под патологическим аффектом понимаются болезненные состояния, возникающие внезапно в связи с каким-либо переживанием и характеризующиеся крайним напряжением и интенсивностью душевного волнения, которое завершается аффективным разрядом и влечет за собой расстройство сознания с частичным или полным отсутствием воспоминаний о поступках, совершаемых в таком состоянии. Состояние патологического аффекта может проявляться то в форме внезапно наступающего оцепенения, то в возбуждении, сопровождающемся бессвязностью речи, вихрем представлений, глубоким расстройством восприятий внешних впечатлений. Этому состоянию обычно соответствует расстройство сознания с вытекающей отсюда неспособностью управлять своими поступками, которые вследствие этого приобретают автоматический, мимовольный характер. Воспоминания о прошедшем, как правило, отрывочны или полностью утрачиваются.

¹ О патологическом опьянении см. в главе «Наркомании».

Наряду с вышеописанным резким нарушением психической деятельности патологический аффект обычно сопровождается и рядом соматических признаков, достигающих также большой силы: черты лица искажаются, выразительные движения, соответствующие тому или иному переживанию, становятся чрезмерными. В случаях с бурным проявлением двигательного возбуждения обычно вскоре наступает резкое истощение психических и физических сил, завершающееся нередко длительным сном.

Между супругами О. на протяжении ряда лет отмечались частые ссоры, размолвки, поводом к которым служила ревность. Во время одной из таких ссор, которая сопровождалась взаимными оскорблениями, жена схватила револьвер, намереваясь застрелиться. Между мужем и женой завязалась борьба, во время которой муж пытался вырвать револьвер из рук жены. Произшедшим выстрелом жена была убита. Муж впал в состояние резкого отупения: смутно воспринимал окружающее, как сквозь туман видел входящих в комнату каких-то людей, на вопросы не отвечал, молча гладил и целовал жену, не мог осмыслить случившегося. При этом он был резко бледен, с блуждающим, безучастным, как бы отсутствующим взглядом. Вскоре очнувшись, О. сохранил крайне смутные, отрывочные воспоминания о происшедшем. При обследовании О. установлены психопатические черты характера, выражающиеся в повышенной возбудимости и склонности к аффектам гнева по незначительному поводу.

Приведем и другой случай.

Ш. явился в страхкассу за получением денег по больничному листу. Для выяснения некоторых формальностей, у него была отобрана пенсионная книжка инвалидности и ему предложили зайти через несколько дней. Ш. пришел через несколько дней в страхкассу и вновь обратился к служащему с просьбой оплатить больничный лист и вернуть пенсионную книжку. Служащий отказал, так как вопрос об оплате больничного листа не был еще выяснен. Ш. стал настаивать, «волновался», и в этот момент ему показалось, что служащий, подошедший к шкафу, взял оттуда револьвер, чтобы угрожать ему. У Ш. потемнело в глазах, забило сердце, что было дальше, он не помнит. Оказалось, что он неожиданно набросился на служащего, свалил его с ног и нанес ему ряд ранений перочинным ножом. По данным свидетельских показаний, Ш. был в бессознательном состоянии, лежал на полу и производил впечатление «сумасшедшего». Ш. очень смутно припоминает, что слышал шум и крики: «Бейте его, он притворяется», но встать не мог. Других воспоминаний о совершенном не сохранил. При обследовании установлено, что он всегда отличался вспыльчивостью, повышенной возбудимостью и склонностью к гневным вспышкам по незначительному поводу. Указанные черты его характера обострились в связи с перенесенными травмами головы (дважды попадал в крушение поезда). В дальнейшем под влиянием неприятных переживаний легко впадал в состояние тоскливости, тревожился, в связи с чем неоднократно помещался в психиатрические больницы. В последние годы в связи с присоединением артериосклеротических изменений психики (повышенная утомляемость, истощаемость при умственном напряжении, неустойчивость аффектов) снизился по служебной линии (от паровозного машиниста до чернорабочего).

В обоих случаях на первый план выступает расстройство сознания с крайне смутными, отрывочными воспо-

минаниями о происшедшем. Во втором случае обращает на себя внимание не соответствующая поводу агрессия, неправильная, иллюзорная переработка окружающего (угроза револьвером). В первом случае речь идет о психически неуравновешенной личности, во втором случае к психической неуравновешенности присоединяются и артериосклеротические изменения психики. Таким образом, в обоих случаях имеются условия, способствовавшие возникновению патологического аффекта.

В тесном родстве с патологическим аффектом стоят внезапные действия, называемые действиями «короткого замыкания». Здесь также дело идет о разряде аффективного напряжения в ответ на тягостную ситуацию. В отличие от патологического аффекта действия «короткого замыкания» возникают в результате более или менее длительного нарастания душевного напряжения, связанного с тягостной ситуацией. Незначительный повод (переживание) может явиться каплей, переполняющей чашу душевного напряжения, и привести к аффективному взрыву, во время которого могут быть совершены общественно-опасные действия. Характерной чертой такого рода поступков является их мимовольность: мгновенно возникшее побуждение сразу переходит в действие, минуя стадию его оценки сознанием.

Сюда относятся описанные в иностранной литературе преступления молодых крестьянских девушек (поджог и детоубийство), поступивших впервые в няньки и очутившихся в чужой им среде. Одиночество, невыносимая тоска по дому, жгучее стремление избавиться от гнетущей обстановки невольно порождали у них мысль избавиться от чужих детей, от чужого дома. Эта глубоко затаенная мысль — не сознательное намерение. Неожиданно для них самих эта мысль превращалась в действие — поджог и убийство детей. Само преступление совершалось ими автоматически, не подвергаясь критической переработке.

Н., 33 лет, происходит из здоровой семьи. По характеру была всегда упрямой, настойчивой, капризной. В возрасте 17 лет вышла замуж, муж был старше нее на 28 лет, привязанности к нему не питала. От этого брака имела трех детей, которых очень любила.

После смерти мужа вскоре сошлась со своим бывшим жильцом и зажила счастливо. Через несколько месяцев в связи с беременностью и общей слабостью уехала отдыхать в деревню. В деревне с первых же дней ощущала какую-то неопределенную тревогу, тоску, страх. Доискиваясь причины своего тревожного чувства, невольно думала о муже, о возможности его измены. Постепенно сомнения в возможности измены мужа перешли в уверенность, которая подкреплялась отдельными фактами из их семейной жизни (позднее возвращение мужа домой и пр.). Связанные с этим переживания приобрели такую интенсивность, что Н. собралась и уехала в Москву. С возвращением в Москву уверенность в измене мужа нарастала и вместе с этим нарастали тоска и тревожные мысли. Н. стала небрежно относиться к своему хозяйству, запустила его, мало уделяла вни-

мания детям, временами от тоски металась по комнате, не находя себе места.

3 августа с целью проверить мужа пошла к нему на службу и по дороге случайно увидела его с незнакомой ей женщиной. Дома — упреки, ссора, слезы. 4 августа муж вернулся домой в 3 часа ночи пьяным, и в эту ночь ей впервые пришла мысль о самоубийстве. Она вышла на улицу, хотела броситься под трамвай, но, вспомнив о детях, вернулась домой. 5 августа целый день ходила в поисках той женщины, с которой встретила мужа. Вечером умоляла мужа показать ей эту женщину, чтобы убедиться, что она действительно его сослуживица, как он ей об этом сказал. 6 августа снова искала эту женщину. Все это время с 3 августа Н. не спала, не ела и от слабости едва держалась на ногах. Когда 6 августа муж вернулся в сопровождении товарища, она внешне спокойно встретила их, подала им ужин, а сама прилегла на постель и вскоре заснула. Проснувшись в то время, когда муж, укладывая товарища спать, рассказывал ему, как он устал от сцен ревности жены и «другой жены—бабы». Услышав это, испытываемая «как бы застыла от ужаса», поняв, что «все кончено». Муж вскоре лег и заснул, а она «дрожала как в лихорадке». Осторожно встала, перенесла спящую восьмилетнюю дочку к двум другим старшим девочкам, спавшим на полу. Затем, взяв револьвер, стала поочередно стрелять в них. Действовала торопливо, руководимая только одной мыслью: «Только бы скорее все кончилось». Помнит все до мельчайших подробностей, помнит, как она сказала проснувшейся старшей 13-летней девочке: «Ну, живи ты, Шура, а мы умрем», так как знала, что две младшие девочки уже мертвы. Приложила револьвер к своему виску, а затем к сердцу, четыре раза спускала курок, но — выстрела не последовало. Тогда она бросилась в комнату мужа с криком: «Миша, дай мне патронов, я должна умереть, дети умерли». Дальше бросилась к соседке с криком: «Что я наделала, я же не так хотела сделать!». Н. металась по комнате, рвала на себе волосы, кричала. В милиции подробно обо всем рассказала; в сообщении всем о случившемся искала облегчения. В течение трех дней была возбуждена, металась по камере, повторяла одно и то же: «Что я наделала!», не спала, не ела. В связи с описанным состоянием была направлена на экспертизу в Институт им. Сербского.

Анализ поведения и состояния испытываемой в момент совершения инкриминируемого ей деяния позволяет расценивать это состояние, как разряд болезненно-напряженной аффективности, характеризующейся суженным сознанием и действиями мимовольными, имеющими только видимость целесообразности. На этом основании по отношению к инкриминируемому ей деянию, как совершенному в исключительном (болезненном) состоянии, испытываемая была признана невменяемой.

К мимовольным действиям относятся также разнообразные по форме своего проявления акты, известные под названием импульсивных действий.

Характерным для них является то, что лежащие в их основе влечения отличаются непродолжительностью и безудержностью. В таких случаях больной чувствует себя вынужденным совершить определенный поступок: что-то как бы заставляет его действовать вопреки его убеждению, его воле. Для самого больного такого рода действия не кажутся неестественными и непонятными, как это, например, бывает у шизофреников и при навязчивых состояниях, а наоборот, выражают их затаенные желания и доставляют им чувство удовлетворения. Вслед за совершением импульсивного действия больной обычно испытывает чувство облегчения и успокоения.

Из наиболее известных видов импульсивных действий рассмотрим импульсивное поджигательство (пиромания).

Пиромания чаще всего наблюдается у незрелых, психически и физически недоразвитых субъектов. Стремление к поджогам в простых случаях может вытекать из присущей нередко нормальным людям, особенно детям и подросткам, любви к зрелищу огня. В патологических (болезненных) случаях это влечение приобретает характер непреодолимой страсти. У лиц незрелых, умственно недостаточных, со слабо развитыми задержками страсть эта может перейти в действие, т. е. в поджог.

Испытуемая Ш., 14 лет, обвиняется в совершении 7 поджогов жилых построек (ч. 2 ст. 175 УК РСФСР).

Из материалов расследования и показаний самой Ш. видно, что, поджоги ею совершались без какой-либо корыстной цели. Стремление совершить поджог у нее возникало в периоды какой-то безотчетной тоски и внутреннего беспокойства, во время которого она не находила себе места. Тогда являлось желание видеть пожар и связанные с ним тревогу и суету людей. После совершения поджога, при виде огня и волнения людей, бежавших к пожару, она всегда успокаивалась. В материалах дела имеются указания на то, что все эти поджоги совершались одним и тем же способом — во всех случаях постройки загорались с крыши.

Испытуемая происходит из наследственно отягощенной семьи. С раннего детства была малообщительной, плаксивой, страдала головными болями. С восьми лет отмечает у себя любовь к огню. Нередко уходила в лес, где любила смотреть на огонь костра, а когда сама разводила костер, то «становилась веселой». Позднее стала раздражительной, появились приступы тоски и непреодолимые, часто нелепые желания, которые она «не могла в себе заглушить». Тогда «что в ум придет, то и сделаю, никак уже себя не уговорю». В таком состоянии испытуемая пыталась зарезать сестру, в таком состоянии и совершала поджоги.

При обследовании испытуемой наряду с физическим недоразвитием установлено органическое поражение центральной нервной системы, сопровождающееся незначительным снижением умственных способностей. Однако житейски она достаточно ориентирована, критически относится к своему положению. Совершение ею поджогов объясняет непреодолимое желанием видеть огонь, суету и волнение людей, бегущих к месту пожара. При виде пылающего огня у нее «сердце щекочет от радости». После осуществления желания (поджога) испытывает удовлетворение, сопровождающееся чувством облегчения и спокойствия.

В приведенном случае непреодолимое влечение к поджогам имеет своим истоком то удовольствие, которое испытывают обычно дети и подростки при виде огня. Испытуемая иногда уходила в лес и там любила смотреть на огонь костра, а когда сама разводила костер, то испытывала радость. Позднее у этой незрелой, психически неполноценной личности страсть к зрелищу огня перешла в действие, т. е. в поджог. Таким образом, в приведенном случае имеются налицо все данные, позволяющие расценивать действия Ш. (поджог), как действия мимовольные, импульсивные, развившиеся на почве органического поражения центральной нервной системы. Испытуемая была признана невменяемой и ввиду ее большой общественной

опасности была направлена в психиатрическую больницу на длительное принудительное лечение.

Импульсивное воровство (клептомания). Сюда относятся разнообразные случаи воровства часто совершенно ненужных вещей или предметов, совершаемые людьми обеспеченными. Уличенные в воровстве, они обычно заявляют, что сами не могут понять, как это с ними случилось, что ими точно руководила какая-то посторонняя сила. В части таких случаев дело идет о симптомах душевного заболевания (например, энцефалит). В других случаях такие поступки могут совершаться психопатами из-за слабости задержек (воли) при чрезмерной интенсивности влечений. Но во многих случаях полной безотчетности в поступках нет, и поэтому однажды удачно совершенная кража может ослабить у kleптомана и без того недостаточные его задержки и усилить влечение к повторным кражам, которые, таким образом, приобретают характер привычки, характер обычного воровства.

Иногда можно установить связь импульсивного воровства с возникновением полового возбуждения. При этого рода кражах хищению подвергаются определенные предметы, часто кражи мужчиной предметов женского туалета (туфли, подвязки, чулки и т. п.), из которых создаются целые коллекции.

К числу вышеописанных форм импульсивного поведения относится также импульсивное бродяжничество (пориомания), в основе которого лежит безудержное влечение к «свободе», к перемене места. Непонятная тоска и тревога, стремление к новым впечатлениям заставляют таких людей оставлять благополучную жизнь, бесцельно странствовать, терпя нужду и лишения.

Изложенными здесь формами не исчерпывается все многообразие импульсивных проявлений. Мы остановились лишь на тех из них, которые встречаются наиболее часто.

В судебно-психиатрической практике значение импульсивных действий довольно велико. При их рассмотрении и анализе больше чем где-либо применимо положение, что преступные действия должны обязательно оцениваться с учетом особенностей всей личности. Там, где у испытуемого обнаруживается действительное отсутствие контроля над своими действиями, вследствие временного или хронического расстройства душевной деятельности, там эти действия рассматриваются как болезненные, исключая вменяемость. Однако по отношению к значительному числу импульсивных преступлений необходимо подходить с большой осторожностью, в особенности к kleптомании, где обычно, как уже указывалось, полной безотчетности в поступках нет, а удачно осуществленная кража может ослабить задержки и привести к привычному воровству.

Наконец, следует еще остановиться на тех формах исключительных состояний, которые известны под названием сумеречных состояний сознания.

В таких случаях дело идет о крайне разнообразных кратковременных расстройствах сознания, напоминающих состояние просонок. Особенностью сумеречных состояний сознания является то, что они наступают и кончаются обычно внезапно или во всяком случае более или менее резко.

Здесь мы рассмотрим сумеречные расстройства сознания, развивающиеся на почве органической неполноценности центральной нервной системы, и психогенные сумеречные состояния, возникающие в связи с травмирующей ситуацией.

Сумеречные состояния сознания, развивающиеся на органической основе, например, у лиц, перенесших травму мозга, сопровождаются большей или меньшей степенью затемнения сознания. Восприятие внешнего мира затруднено и совершается отрывочно, неясно, как бы сквозь туман, сумерки (отсюда название «сумеречное состояние»), ориентировка в окружающем нарушена. Психические процессы текут беспорядочно, волевые побуждения и произвольные действия иногда сводятся к минимуму, мысли бедны и часто бессвязны. В таком состоянии больные могут совершать бессмысленные, нелепые действия, чуждые и несвойственные им в их обычном состоянии. Явления амнезии (отсутствие воспоминаний) здесь более полны и распространяются на весь период сумеречного состояния, причем отсутствуют воспоминания не только о действиях, совершаемых в этом состоянии, но и о самом сумеречном состоянии.

Этой амнезией нередко объясняются те спокойствие и простодушие, с которыми подобный обвиняемый дает свои показания: он отрицает свою виновность просто потому, что ничего не помнит о совершенном им преступлении, не делая при этом никаких попыток скрыть следы преступления. Как уже указывалось, картины сумеречных состояний при органических изменениях центральной нервной системы могут быть очень разнообразны как по форме своего проявления, так и по длительности и глубине расстройства сознания. Нижеприводимый случай представляет собой пример сумеречного состояния, развившегося на почве расстройства сна у органика.

Однажды ночью автомобиль под управлением шофера Ш. потерпел аварию. Позвонив в гараж и попросив выслать ему на помощь другую машину, Ш. в ожидании ее расположился в своей машине и заснул. Как видно из материалов уголовного дела, около двух часов ночи возле спящего шофера собралось около 10 человек прохожих. Один из них, М., подошел к спящему Ш. и, желая разбудить его, стал дергать за рукав. Ш. вскочил и, выхватив из своего кармана револьвер, настиг убежавшего М. и убил его. Явившемуся на место происшествия милиционеру шофер

Ш. без сопротивления отдал револьвер и был отправлен в отделение милиции, где у него было установлено опьянение в легкой степени.

Ш. — 30 лет. В наследственности его как по линии отца, так и по линии матери отмечается алкоголизм.

Несколько лет тому назад он был контужен и тяжело ранен в спину ручной гранатой. Ранение это сопровождалось состоянием некоторого оглушения и оцепенения, но сознание не было утрачено. В том же году он был захвачен бандитами. Ему угрожал расстрел. Однако он бежал, убив часового. Всем этим был очень потрясен. Две-три недели страдал бессонницей, испытывал страхи, вскакивал по ночам. Через два года при падении с мотоцикла он получил сильный ушиб головы, сопровождавшийся потерей сознания. С этого времени у него появляется расстройство сна, проявляющееся в том, что переход от сна к бодрствованию стал протекать крайне медленно. По словам жены, ей приходилось его долго расталкивать, звать, пока он окончательно не приходил в себя. Снились ему всегда «страшные сны»: то в него стреляют, гонятся за ним, а он убегает, прячется, то, наоборот, сам кого-то преследует, стреляет вдогонку и т. п. Во сне кричал, иногда командовал. Последние годы физически чувствовал себя удовлетворительно, но все же отмечает вспыльчивость, раздражительность и склонность к колебаниям настроения, возникающим по какому-либо внешнему поводу и часто без видимой причины. Расстройство настроения длилось обычно 1—4 дня и выражалось в тоске, раздражительности, стремлении к уединению и изредка в плаксивости. В такие дни, «чтобы забыться», прибегал к вину. Спиртными напитками в последние годы не злоупотреблял, хотя раньше пил много и часто. В состоянии опьянения бывал обычно спокоен. После выпивки или значительного утомления на работе особенно трудно и медленно происходило пробуждение от сна. Случалось, что на стоянке засыпал в машине и подошедшие пассажиры никак не могли его разбудить. В дело обычно вмешивались товарищи по работе, и только после долгих усилий и расталкиваний Ш. постепенно пробуждался. Обычно долго не мог сообразить, где он находится и чего от него хотят, даже после того, как его ставили на ноги и под руки выводили из машины. Однажды в гараже, сдавая деньги кассиру, испытанный настолько крепко заснул, что товарищи, не добудившись его, снесли в соседнюю комнату, уложили его на стол, где он и проспал до утра. Был и такой случай. Он крепко заснул на стоянке в машине. Подошедший милиционер, тщетно пытаясь разбудить Ш., вытащил его из машины. Ш. долго не мог прийти в себя, потом вдруг вынул свисток и начал свистеть и звать милиционера. Окончательно очнулся он только тогда, когда подошел другой милиционер и вырвал у него свисток. Нередко пробуждение сопровождалось чувством страха. Так, однажды он вскочил со сна и схватил жену за горло. При этом был растерян, дрожал, задыхался и изо рта текла слюна. Опомившись, рассказал о страшных сновидениях.

По поводу совершенного им убийства Ш. сообщает следующее. 19 сентября он был свободен от работы. Будучи в тоскливо-раздражительном состоянии и тяготясь бездельем, с утра пошел в гараж, попросил дать ему свободную машину и целый день ездил по городу с частными пассажирами. В 9 часов вечера поужинал, выпил кружку пива и снова поехал с пассажирами в загородный ресторан. У ресторана Ш. ожидал этих пассажиров около трех часов. Перед отъездом с ними, по их предложению, выпил две рюмки рябиновки. Чувствовал себя, как обычно. По дороге в город с машины соскочило колесо, пассажиры расплатились и ушли. Сообщив в гараж об аварии, Ш. попросил выслать ему на помощь другую машину и в ожидании ее незаметно уснул. Сколько времени он спал, сказать не может. Очнулся он не в машине, а в Козицком переулке, увидел рядом с собой милиционера, а на земле — лежащего ничком человека. Его повели в милицию, по дороге сказали, что он убил человека, но это им осталось почти не осознанным. Точно так же смутно воспринималась им и вся окружающая обстановка: «было какое-то безразличие». По ходатайству защиты был направлен в институт на экспертизу.

В институте было установлено, что испытуемый в ясном сознании, ориентировка вполне сохранена. Доступен, настроение пониженное, слабодушен. Удручен предстоящим судебным процессом и положением семьи. Рассматривает совершенное им убийство как несчастный случай: он «не отдавал себе отчета, был в сонном состоянии». Воспоминания о содеянном отсутствуют. Интеллект в пределах нормы. Память и соображение грубых расстройств не обнаруживают. Счет в уме производит удовлетворительно. За время пребывания в институте поведение совершенно правильное. Сон беспокойный, часто вскакивает, командует, говорит, бранится во сне. Бредовых идей, галлюцинаций нет.

В этом случае диагностика патологического просоночного состояния подтверждается как анамнестическими сведениями, так и данными судебного дела. Испытуемый в течение жизни получил травмы и тяжелое ранение, сопровождавшиеся беспамятством. В связи с этим у него появились изменения характера в сторону повышенной возбудимости, раздражительности и склонности к немотивированным расстройствам настроения.

На почве указанных болезненных изменений у испытуемого за последние годы появилось расстройство сна в виде чрезмерно глубокого сна с крайне трудным, медленным пробуждением, после которого он в течение некоторого времени остается в спутанном, неосмысленном состоянии. И, как это видно из анамнеза, во время этого замедленного перехода от сна к бодрствованию он неоднократно совершал автоматические поступки (душил жену, бессмысленно свистел и звал милиционера и т. п.), о которых он впоследствии совершенно ничего не помнил.

Инкриминируемое ему преступление совершено им во время одного из таких патологических просоночных состояний. Экспертной комиссией Института он был признан невменяемым.

Характерной особенностью психогенных сумеречных состояний является сновидное состояние сознания, остро возникающее вследствие сильного душевного потрясения.

В таком состоянии отмечается почти полная неспособность к восприятию окружающего. Внешние впечатления или не доходят до сознания, не вызывая соответствующей реакции, или же воспринимаются крайне неотчетливо, бледно. Больные в таком состоянии склонны к фантастическим, причудливым переживаниям. Они то живут в мире грез, фантазий, то моментами возвращаются в реальную действительность. Ориентировка при этом бывает расстроена: больным кажется, что они находятся в необычайной обстановке (в раю, в подземелье), вокруг них совершаются какие-то странные, таинственные события. Кроме того, отмечается склонность к воспроизведению прежних переживаний или же переживаются не осуществленные в жизни желания, опасения. Иногда же, наоборот, из сознания вытесняются неприятные моменты, заменяясь фантастическими образами, имеющими, однако, близкое отношение к интимным переживаниям больных. При этом наблюдается резкая эмоциональ-

ная неустойчивость с чувством страха, подавленности или возбуждения, со склонностью к агрессивным проявлениям, к немотивированной веселости, к ребячливости. Изредка в поведении таких больных удается уловить связь с неприятной ситуацией, вызвавшей данное состояние.

Следует отметить, что судебно-психиатрическое значение психогенных сумеречных состояний невелико. Они не часто являются объектом экспертизы, так как преступления в этом состоянии совершаются крайне редко. При оценке этих состояний необходимо иметь в виду, что иногда психогенное сумеречное состояние, возникающее после совершения преступления, может быть ошибочно отнесено к моменту совершения преступления. Это обстоятельство обязывает к особой осторожности и тщательности в анализе этих состояний.

В заключение следует упомянуть еще об особых кратковременных расстройствах сознания, развивающихся во время родов и в послеродовой период.

Судебно-психиатрическое значение этих болезненных состояний определяется двумя основными моментами: во-первых, возможностью детоубийства, совершаемого иногда в таких исключительных состояниях, и, во-вторых, трудностью их оценки вследствие кратковременности их течения и отсутствия (при тайных родах) свидетелей. Наблюдения показывают, что детоубийство чаще всего совершается примитивными, умственно неполноценными женщинами, особенно в случаях тайных родов. Кратковременные расстройства сознания, о которых здесь идет речь, выражаются в различных по глубине и объему изменениях сознания, сопровождающихся растерянностью, беспомощностью, во время которых может быть совершено убийство новорожденного.

Судебно-психиатрическая оценка исключительных состояний представляет ряд трудностей. В связи с кратковременностью их течения эксперту-психиатру приходится в таких случаях ретроспективно восстанавливать поведение, состояние испытуемого в момент преступления только по материалам уголовного дела. Отсюда понятно, какую значимость приобретает полнота следственного материала (своевременный допрос обвиняемого, полнота свидетельских показаний и т. д.), анализ которого позволяет судить о характере состояния и дает основание для решения вопроса о вменяемости испытуемого.

При решении вопроса о наличии исключительного состояния является диагностически важным сочетание характерной для него симптоматики (расстройство сознания, возбуждение, бессмысленное, нелепое поведение, амнезия и т. д.) и патологической почвы, облегчающей наступление временного расстройства душевной деятельности.

ГЛАВА XVII

СИМУЛЯЦИЯ ДУШЕВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Прежде симуляция душевного расстройства считалась чрезвычайно частым явлением и притом легко выполнимым. И до настоящего времени распространено убеждение, что душевные болезни симулируются очень часто и успешно. Среди психиатров, однако, постепенно получил распространение взгляд, выражающий другую крайность, что симуляция душевной болезни — дело очень редкое, что она имеет место преимущественно у лиц психически неполноценных, с теми или иными аномалиями, и не встречается у людей здоровых. Душевное напряжение, которое требуется от симулирующего, необходимость быть все время настороже, незнание или очень поверхностное знание болезни, которую он должен изображать перед внимательными и компетентными наблюдателями, — все это делает задачу симулирования душевного расстройства непомерно трудной. В некоторых случаях симулирование может пробудить к жизни истинные патологические механизмы, т. е. постепенно перейти уже в картину непроизвольного нервно-психического расстройства.

Накопление судебно-психиатрического опыта и особенно наблюдения, сделанные во время первой мировой войны, привели в настоящее время к отказу от обоих приведенных выше крайних взглядов. Выяснилось, что симулирование душевной болезни является хотя и не частым явлением, но не столь исключительным, как полагали ранее. Если среди симулирующих действительно немало людей с теми или иными психическими дефектами и отклонениями, то, как показали наблюдения, симуляция может иметь место и у психически здоровых и в некоторых случаях может быть проводима очень продолжительное время, не оказывая видимого вредного действия на душевное здоровье и сопровождаясь иногда успехом, т. е. может оставаться неразоблаченной. Так, в послевоенной психиатрической литературе описан ряд случаев продолжительной и успешной симуляции душевного расстройства военнопленными, которые специальными комиссиями признавались душевнобольными-хрониками и в качестве таковых освобождались из плена.

Предметом симуляции могут являться все наиболее типические формы душевных болезней. Чаще, однако, симулируются

короткие расстройства — припадки, приступы возбуждения, преходящие изменения сознания и т. п. Параллельно и в подкрепление психических расстройств изображаются нередко и чисто соматические явления — бессонница, отсутствие аппетита, головокружения, падение назад при закрытых глазах, рвота, общая слабость, затруднения походки, общее дрожание, расстройство речи и т. д.

Для воспроизведения длительного душевного расстройства избираются чаще всего картины вялого монотонного псевдения, с необщительностью, молчаливостью, внешним равнодушием ко всему, с неправильными, нелепыми, как бы слабоумными ответами на вопросы. В своем стремлении произвести возможно большее впечатление и достигнуть со своей точки зрения наибольшего правдоподобия своего «сумасшествия» симулирующие могут заходить очень далеко: совершают рискованные демонстративные попытки на самоубийство, упорно отказываются от еды, подвергаясь длительному кормлению через зонд, едят собственные испражнения, пьют мочу и т. п.

Продолжительность симулятивного поведения может быть очень различна. В некоторых случаях симулирующие (под влиянием трудности притворства, ощущения неправдоподобия его, скептического отношения врача, насмешек товарищей и т. п.) быстро оставляют симулирование и чистосердечно просят не затягивать испытания и отправить их обратно в место заключения. В других случаях они в течение долгого времени продолжают притворное поведение, несмотря на его видимый неуспех, и отказываются от него сразу или спустя некоторое время только по возвращении их в тюрьму. Наконец, в редких случаях симулятивное поведение продолжается очень длительное время и в тюрьме в расчете на освобождение судом или другими инстанциями, что иногда, — в редких, правда, случаях, — приводит в конце концов к цели. В некоторых случаях симулятивное поведение возникает неоднократно в течение ряда лет, при каждом новом аресте или новом судебном деле, обычно в стереотипно повторяющейся картине, особенно если первые попытки симуляции сопровождались успехом. Отмечены случаи, в которых симуляция душевной болезни длилась многие месяцы и даже годы.

Испытание подозреваемых в симуляции должно производиться, как правило, в больничной обстановке — в психиатрической больнице или в специальном судебно-психиатрическом учреждении, где имеются условия для тщательного и всестороннего наблюдения. Последнее не должно ничем отличаться от обычного клинического исследования и наблюдения душевнобольных и должно быть строго объективным, лишенным предвзятости и пристрастия.

Распознавание симуляции душевных болезней является в большинстве случаев делом очень трудным, ответственным,

требующим осторожности, большого клинического опыта и достаточной теоретической подготовки. Эта трудность правильной оценки симуляции вытекает из самого существа дела.

Распознавание грубого и неискусного притворства — задача довольно легкая: примитивность и наивность приемов, резкое отсутствие меры в игре, явная надуманность поведения и высказываний, изображение душевной болезни в соответствии с обывательскими представлениями о «сумасшедшем» — все это обыкновенно быстро обнаруживает истинный характер состояния.

Затруднения встречаются в случаях искусного, более или менее умелого притворства, основанного иногда на знакомстве с душевными болезнями, или на опыте перенесенной ранее душевной болезни, или на общении с душевнобольными, или на чтении психиатрических руководств, или, что бывает чаще, когда симуляция осуществляется под руководством тюремных «специалистов». Систематическое и внимательное наблюдение обнаруживает ряд признаков, позволяющих установить наличие симулятивного поведения. Сюда относятся: несоответствие или противоречие отдельных признаков изображаемой болезни ее основным и типическим признакам; излишняя демонстративность и добросовестность в предъявлении болезненных симптомов; наблюдающаяся иногда заметная разница в поведении симулирующего в присутствии врачей и без них, на свиданиях с родными и в палате; обнаружение переписки с родными, противоречащей по содержанию поведению в учреждении и иногда заключающей инструкции для близких в смысле согласования даваемых ими врачу сведений с анамнезом, полученным от симулирующего; попытки завести сношения с внешним миром через персонал и т. п.

Необходимо иметь, однако, в виду, что не только аггравация (преувеличение имеющихся болезненных явлений), но и симуляция может иметь место у настоящих душевнобольных.

Наблюдения показывают, что иногда подследственные или осужденные душевнобольные (шизофреники, слабоумные, органики), направленные на испытание, проявляют ясно выраженные черты симуляции: высказывают бредовые идеи, которых у них нет, делают нарочито грубые ошибки в элементарном счете или имитируют утрату памяти при сохранившихся формальных способностях, изображают паралитическое расстройство речи при ее сохранности и т. п.

Все эти обстоятельства, отчасти бывшие неизвестными прежним исследователям, естественно, очень осложняют распознавание симуляции, делают иногда эту задачу крайне трудной. Наибольшие затруднения представляет констатирование симуляции там, где распознавание колеблется между притворным поведением и реактивным состоянием. Здесь особенно ярко выступают сложность явлений симуляции, ее близкое родство

с патологией, общие источники и механизмы с реактивными состояниями.

Сходство мотивов, аффективной основы и психических механизмов в симуляции и в психогенной реакции объясняет сходство их в клиническом отношении (реакция нередко несет на себе черты нарочитости, искусственности; симуляция сопровождается иногда аффективными состояниями, невротическими явлениями, вегетативными симптомами и т. д.). Отсюда — существование смешанных случаев состояния и кажущееся на первый взгляд непонятным явление, что оба эти состояния могут иногда сменять друг друга, переходить одно в другое. Начавшись сознательным притворным поведением у субъекта психически неустойчивого, при наличии повышенной внушаемости, при постепенном вживании в роль, симулятивные проявления могут эмансипироваться от воли и желания субъекта и стать настоящим симптомом болезни. Это непроизвольное соскальзывание в патологию может зайти так далеко, что возвращение к прежнему состоянию собственными силами симулирующего становится невозможным. С другой стороны, наблюдаются случаи, где реактивное состояние проходит, тогда как ситуация остается еще тяжелой и может быть жизненно опасной и это побуждает испытуемого к чисто внешнему, уже притворному воспроизведению картины бывшей реакции в целях дальнейшей самозащиты.

Говоря о симуляции, необходимо иметь в виду, что существует болезненное явление, родственное симуляции, поскольку оно также является выражением притворного поведения, но имеющее иную сущность и иное значение. Этот так называемая диссимуляция душевной болезни. Под этим названием разумеют наблюдающееся иногда у душевнобольных стремление тщательно скрывать свое душевное расстройство. Диссимуляция встречается главным образом у больных, страдающих бредовыми идеями преследования при ясном сознании и внешне правильном поведении. Практическое значение этого явления определяется той опасностью, которую представляют эти больные, стремящиеся путем тщательного утаивания своего бреда освободиться из больницы или от надзора и получить возможность совершать действия, иногда очень опасные, вытекающие из бредовых представлений. Известны случаи, когда подобные диссимулировавшие больные совершали убийства и другие серьезные преступления.

У., 33 лет, огородник, женат, грамотный.
Обстоятельства дела. Задержан в квартире гр-ки К. в компании воров-рецидивистов. Показаниями последних (среди которых он носил кличку «Пан») вполне доказывается его участие в ряде краж в частных квартирах и в государственных учреждениях. На допросах вел себя правильно, давал толковые показания в отношении других арестованных, но отрицал, даже на очных ставках, свое участие в кражах. Ни на допросах,

ни в своих ходатайствах не проявлял ничего ненормального. Прислан в Институт на испытание, так как в мае стал обнаруживать признаки душевного расстройства.

Анамнез со слов испытуемого. Отец — душевнобольной, у матери были какие-то припадки, в родне много алкоголиков. В возрасте 23 лет испытуемый был ранен на фронте осколками снаряда в руку и в затылок. Несколько часов был без сознания. После лечения в госпитале освобожден от военной службы.

Со времени ранения сделался раздражительным и вспыльчивым, страдал головными болями, иногда плохо спал. За последние годы все эти явления усилились и в голове появилось ощущение, будто под черепом что-то ползает. Неоднократно обращался в местную больницу, прося сделать ему операцию — вскрыть череп и вынуть червяка, который там ползает. От операции врач отказывался, а назначил лекарство, которое, однако, пользы не приносило. Однажды, сидя с соседом в чайной, вдруг ударил себя по голове чайником, который разбился, обварив ему спину и грудь. После этого он долго лечился в больнице. В последние годы часто выпивает, в опьянении склонен к буйству. Венерические болезни отрицает.

Состояние в Институте. С физической стороны особых отклонений от нормы, за исключением отсутствия глоточного рефлекса и шрамов на груди и спине, не обнаружено.

Психическое состояние испытуемого. Сознание ясное. Внешне вял, молчалив, необщителен. Все время лежит в постели, приложив правую руку к затылку. Иногда, особенно в присутствии врачей или среднего персонала, делает однообразные движения правой рукой: как будто что-то снимает пальцами с затылка, подносит близко к глазам и внимательно рассматривает. С соседями не разговаривает, на окружающее не обращает внимания. Выражение лица вялое, тупое; взгляд тусклый, малоосмысленный, но иногда, на один момент — внимательный и настороженный.

На вопросы отвечает медленно, ответы большей частью неправильные, хотя они касаются вещей, которые должны быть ему известны. Он не знает, из какого места заключения прибыл и долго ли там находился. Его это не интересует: посадили — он и сидел. Он хотел уйти оттуда домой, но его почему-то не отпустили. Там ему сказали, что его везут сюда на операцию: вынуть из головы то, что там ползает. Внутри, под затылочной костью, у него червяк, который грызет ему голову и хочет вылезть оттуда (при этом испытуемый делает описанные выше движения рукой.) Пусть ему поскорее сделают операцию и возьмут прочь червяка.

Элементарный счет в уме производит медленно и неправильно: $7 \times 8 = 28$; $14 + 7 = 19$. На предложение ответить на последний вопрос правильно считает по пальцам: 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22. Месяцы и дни недели называет не в порядке и не сполна. Не знает, почему его задержали и в чем его обвиняют. Во время разговора неоднократно обращался к врачу с просьбой сделать операцию, удалить червяка из головы. При указании на противоречие его слов данным делам и на нарочитость его поведения проявляет внутреннее волнение и раздражение. Маска вялости и носмысленности сменяется на момент злобным и напряженным взглядом.

Комиссией признан обнаруживающим явления травматической истерии в легкой форме, душевно здоровым.

По справкам, полученным от врача больницы, где испытуемый, по его словам, лечился, оказалось, что ни по поводу ожогов, ни с просьбами об операции У. на прием не обращался.

Приведенное наблюдение представляет собой типичный случай грубой, легко распознаваемой симуляции душевной болезни. Здесь имеет место как фальсификация анамнеза, так и притворное изображение душевного расстройства. Испытуемый сообщает вымышленные сведения о фактах своего прошлого (удар по голове чайником и связанный с этим ожог, обращение

в больницу с просьбами об операции), причем степень достоверности других сведений (ранение, наследственность, изменение характера и т. д.) остается под сомнением.

Что касается поведения испытуемого в Институте, то оно носит явно нарочитый и искусственный характер и имеет целью произвести впечатление душевнобольного. Он придает лицу тупое, неосмысленное выражение, дает неправильные ответы на простые вопросы, имитируя утрату памяти и соображения, изображает полное непонимание своего положения и цели пребывания в Институте, повторяет в качестве самого убедительного, по его мнению, доказательства своего «сумасшествия» просьбу вскрыть ему череп и удалить ползающего там червяка.

К., 33 лет, преподаватель физкультуры, женат, с низшим образованием. Осужден на пять лет лишения свободы по ч. 2 ст. 74 УК РСФСР (хулиганство). Направлен в Институт им. Сербского психиатром места лишения свободы. Имеет две судимости и четыре привода.

Анамнестические сведения, сообщаемые самим испытуемым, не заслуживают доверия, так как содержат большое количество данных, явно неправдоподобных, имеющих целью представить себя в лучшем свете, приписать себе важные заслуги, оправдать судимости и подчеркнуть свое болезненное состояние.

По словам жены, он отличался несдержанностью, возбудимостью, в связи с чем имел судорожные припадки с командованием. Жаловался иногда на головные боли. Часто выпивал, главным образом, вне дома. Явлений паралича руки, а также каких-либо галлюцинаций жена не замечала. В последние годы он стал еще более возбудимым, стал чаще и больше пить, играл в карты, часто менял место службы из-за постоянных ссор с окружающими.

Испытуемый — среднего роста, правильного сложения, хорошего питания. Внутренние органы без отклонений от нормы. Со стороны нервной системы также не отмечается ничего патологического, за исключением правой руки, которая висит вдоль тела и, по утверждению испытуемого, не может производить никаких движений и совершенно лишена чувствительности. По заключению невропатолога, «паралич правой руки не связан с органическим поражением нервной системы, а объясняется установившимся поведением испытуемого».

Психическое состояние. Испытуемый в ясном сознании. Уверен, однако, будто он не женат; не знает, что он арестован и осужден; недоумевает, зачем его привезли сюда. При напоминании, что он сам, как видно из его личного дела, просил направить его на экспертизу в Институт им. Сербского, возбуждается, выкрикивает, что он здоров, что экспертиза ему не нужна. В то же время подчеркивает, что он проходил ряд комиссий, которые признавали его больным, что его поэтому никогда не судили, а только штрафовали, настаивает на необходимости потребовать справки из соответствующих учреждений. Обращая внимание врача на паралич руки, демонстративно кусает ее, чтобы показать отсутствие чувствительности в ней. Неохотно говорит о своих припадках, раздражается при расспросе о них, старается перевести разговор на другое. Разными способами фиксирует внимание врача на переживаемых им слуховых и зрительных галлюцинациях. Закладывает уши ватой, уверяя, что с ватой голоса меньше слышны. Уверен, что по ночам видит в палате жену, которая приходит и беседует с ним. С чрезвычайной подробностью описывает костюм жены и детали ее разговоров. Однако на свиданиях с женой не узнает ее, демонстративно кричит: «Кто эта женщина?», требует убрать ее. В другое время с бранью кричит на врачей, требуя, чтобы они не пускали его жену, которая проникает к нему, пролезая в щелку.

Исследование формальных способностей не удается, так как испытуемый дает нарочито неверные ответы: производит неправильно простые вычисления, не может определить текущих дат и даже отличить ночь от дня. Настроение неустойчивое: иногда оживлен, весел, поет, аккомпанируя себе на гитаре, иногда плачет; то вежлив и даже угодлив с врачами, то раздражается, жалуется на невнимание, угрожает самоубийством, хватается полотенце и сдавливает себе шею.

При дальнейшем наблюдении выясняется, что, демонстрируя паралич правой руки, К. тайком пишет жене письма, которые пытается отправить, минуя персонал, нелегальным путем. Из этих писем явствует, что испытуемый хорошо знает, где и с какой целью он находится, и понимает свое положение. Он дает жене толковые советы и указания, свидетельствующие о сохранности его критики.

Комиссией К. признан вменяемым, симулирующим душевное заболевание.

Если в первом из этих двух случаев притворство носит примитивный, неумелый характер, то во втором оно отличается большим разнообразием и сложностью своих средств и может представить известные затруднения для правильной оценки. В обнаруживаемой здесь картине совмещаются явления двойного порядка.

Наблюдающиеся у испытуемого в течение ряда лет явления (повышенная возбудимость, судорожные припадки с коматованием, типическая установка травматика и т. п.) относятся к явлениям травматического невроза, связанного с перенесенной в прошлом контузией. Крайняя неустойчивость настроения, истерические рыдания, стремление обратить на себя внимание, рисовка, функциональные изменения чувствительности и движений, усиленное подчеркивание имеющихся симптомов являются выражением истерической реакции, развившейся у испытуемого в месте заключения в связи с приговором. «Паралич» руки в той форме и степени, как его представляет испытуемый, описываемые им слуховые и зрительные галлюцинации, носящие явно неправдоподобный характер, не соответствующий тому, что бывает при действительно существующих галлюцинациях, мнимое отсутствие ориентировки во времени, в окружающем и в своей ситуации, неправильные ответы на простейшие вопросы, несоответствие поведения К. в присутствии персонала с его поступками, когда он считает себя вне наблюдения, содержание его писем, посылаемых тайком, — все это относится к симптомам третьего порядка, к сознательному притворному поведению, имеющему целью изобразить себя душевнобольным и невменяемым.

Данный случай показывает также тесную связь и взаимную зависимость между явлениями истерическими (невротическими), аггравационными и чисто симулятивными. В соответствии со сказанным К. был признан не страдающим душевной болезнью травматиком с чертами притворного поведения.

ГЛАВА XVIII

ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ. ОГОВОРЫ. САМООГОВОРЫ

Особое место в работе судебно-психиатрического эксперта занимает оценка показаний душевнобольных, выступающих в судебном или следственном процессе в качестве свидетелей или заявителей.

Вопрос об оценке достоверности свидетельских показаний вообще не подлежит компетенции судебного психиатра, им занимается особая дисциплина — судебная психология. Однако в тех случаях, когда возникает сомнение в психической полноценности свидетеля, суд, естественно, обращается за помощью к психиатру. Этот участок работы судебного психиатра представляет очень большие трудности. Для оценки достоверности свидетельских показаний душевнобольного нельзя ограничиться только клиническим изучением. Здесь необходим тщательный психопатологический анализ, необходимо выяснить, в какой связи находятся данные больного показания с его психотическими переживаниями. Следует помнить, что наличие душевного расстройства еще не исключает достоверности свидетельских показаний, хотя и заставляет относиться к ним с максимальной осторожностью.

Однако при оценке свидетельских показаний душевнобольных всегда надо иметь в виду возможность обусловленного болезненными переживаниями оговора или самоговора. Случаи самоговора душевнобольных приводятся уже в старейших учебниках судебной психиатрии (Крафт-Эбинга, Сербского), и знакомство с ними важно как для экспертов, так и для судебно-следственных работников.

Патологические оговоры и самооговоры схематически могут быть разбиты на две группы. К первой группе относятся такие самооговоры, которые возникают при участии других лиц, под влиянием внушающих вопросов или разговоров. Такого рода самооговоры чаще всего встречаются там, где в картине психической неполноценности на первый план выступают внушаемость и склонность к состоянию растерянности, т. е. у олигофренов или органиков. Поводом к самоговору или оговору в этих случаях нередко служат неумелые вопросы следователя.

В полосе отвода одной из железных дорог Московского узла были обнаружены один за другим два трупа — мужчины и женщины. По всем признакам оба эти убийства были совершены с целью ограбления. По подозрению в совершении этих убийств был задержан некто Д., работающий в одном из подмосковных совхозов. При допросе Д. полностью признал себя виновным в обоих убийствах и рассказал, что совершил их вместе с Н., работающим в том же совхозе. Д. сообщил, что в прошлом Н. и он были осуждены на 10 лет лишения свободы за бандитизм и отбывали наказание в лагерях. Из лагерей они совершили побег, устроились на работу в совхоз, продолжая в то же время заниматься грабежами. Задержанный Н. свою виновность категорически отрицал. На суде Н. потребовал медицинского освидетельствования Д. и указал ряд свидетелей, которые могут подтвердить, что он никогда не судился и в лагерях не был. Суд вынес определение о направлении Д. на экспертизу и о доследовании дела.

При поступлении в Институт Д. был вялым, растерянным, толковых сведений о себе не давал. Рассказал о себе, что вырос в деревне, где его называли «психом» и «дурачком». Часто страдал головными болями.

О деле сообщил, что при аресте испугался и сам не знает, что на себя наговорил. Свое участие в убийстве отрицал. По его словам, в тюрьме ходил как пьяный, болела голова, чувствовал растерянность, забывал, что говорил.

При исследовании в Институте найдено: испытуемый среднего роста, ослабленного питания, диспластик. Череп неправильной формы, большие кисти рук и ступни. Со стороны нервной системы особых отклонений от нормы нет.

Психика. Испытуемый вял, растерян. Сведения о себе дает очень скудные. Отвечает медленно, плохо осмысливает вопросы. Запас сведений скудный, путает названия месяцев, ошибается в простейшем счете. Мимика вялая. В отделении тих, совершенно незаметен. Иногда жалуется на головные боли. Свою виновность упорно отрицает.

Экспертная комиссия в присутствии следователя высказала предположение о самооговоре. Окончательное решение было отложено до выяснения всех обстоятельств дела. Через две недели после комиссии Д. был освобожден, так как дело против него было прекращено за отсутствием улик.

В этом случае мы имеем дело с умственно неполноценной личностью, которая дала при аресте типичное для олигофренов состояние растерянности. В этом состоянии в силу повышенной внушаемости он легко пошел по пути наводящих вопросов следователя и дал соответствующее показание.

В этом случае психическая и физическая неполноценность испытуемого была настолько очевидна, что следователь, получивший дело Д. для доследования, при знакомстве с Д. полностью присоединился к предположению экспертной комиссии. В других же случаях вопрос о достоверности показаний представляет очень большие трудности.

Во второй группе самооговоры и оговоры являются уже продуктом активного «творчества» душевнобольных или психопатов. Механизмы этих самооговоров более сложны, чем в первой группе, и отражают психопатологические особенности той почвы, на которой они возникают. Так, у депрессивных больных самооговор является часто следствием бредовых идей самообвинения, у эпилептиков поводом к самооговору являются периодические переживания в сумеречных состояниях сознания

и т. д. Особенно сложен и разнообразен генез самооговоров в группе шизофреников. Самооговоры здесь то возникают как результат галлюцинаторно-бредовых переживаний, то носят характер «импульсивного фантазирования», то представляют собой своеобразный шизофренический способ борьбы с болезнью.

Испытуемый Ф. обвиняется по ст. 162 УК РСФСР (кража). Обстоятельства дела таковы. В комнату уголовного розыска на вокзале позвонил по телефону неизвестный гражданин и попросил уполномоченного приехать в клуб «Красный Октябрь», где задержан преступник с оружием. В клубе уполномоченного встретил испытуемый Ф. и передал ему пистолет системы Коровина и 13 боевых патронов. При этом Ф. сообщил, что украл револьвер у соседей по квартире. Задержанный Ф. при первом допросе 20 марта показал, что в течение двух лет он занимается кражами и совершил за этот промежуток 15 домовых краж со взломом и 5 взломов несгораемых шкафов. Кражи совершал с товарищами, причем все участники шайки были вооружены револьверами. Назвать своих соучастников и указать места кражи, за исключением последней, Ф. отказался.

При вторичном допросе Ф. дал уже значительно более сбивчивые показания. Подтверждая факт совершения им краж, он заявил, что последнюю кражу револьвера совершил с целью подвергнуться аресту, так как ему необходима изоляция от преступной среды. «Эта среда меня преследовала и втягивала в преступления. Я пробовал скрываться от лиц, преследующих меня, и по месяцам никуда не выходил из своей комнаты. Они преследовали меня за мою смелость и моральную поддержку».

Во время допроса Ф. то улыбался, то плакал, иногда речь его делалась совсем бессвязной.

Через месяц Ф. написал следователю заявление, в котором отказался от своих прежних показаний. «Кроме пистолета Коровина, я никаких краж не делал. Пистолет Коровина я взял с той целью, чтобы пойти сообщить об этом в уголовный розыск и, наговорив на себя несколько краж, просить о помощи человеку, стоящему на краю пропасти уголовного мира, у пропасти морального состояния. Я заранее чувствую, что вы скажете, что здесь не больница, но некоторые из ваших действий помогут мне лучше, нежели ненужная мне больница». В другом месте заявления Ф. пишет: «Дорогой товарищ следователь, я не больной, но если вы мне не поможете в дальнейшей моей жизни, я или буду больной или кончу с собой. Почему я очень хочу попасть в Болшевскую трудовую коммуну? Потому, что я буду повседневно чувствовать над собой организующее начало».

Отец обвиняемого показал, что сын его за последнее время стал обнаруживать ряд странностей: он никуда не выходит из дома, сторонится товарищей, иногда без причины начинает громко смеяться, а временами также без причины плачет. Наблюдение в Институте им. Сербского установило наличие у Ф. выраженного душевного расстройства в форме шизофрении.

В этом случае мы имеем дело с начальной стадией шизофрении. Больной Ф. остро чувствует происходящую в нем перемену, и отсюда его высказывания о надвигающейся гибели, об угрожающей ему пропасти и т. д. Он, повидимому, догадывается, что эта перемена связана с болезнью. Об этом свидетельствует его заявление, где он упоминает о болезни и о больнице.

Однако он не хочет быть больным и пытается объяснить себе и другим свое состояние внешними причинами — преследо-

ванием со стороны «блатных» товарищей его сестры. При этом он надеется, что трудовая дисциплина Большевской коммуны ликвидирует переживаемый им психический разлад. Так возникает самооговор Ф. как своеобразная защитная реакция на развивающееся душевное заболевание.

Самооговоры и оговоры душевнобольных встречаются в судебно-психиатрической практике довольно часто. Они создают немало затруднений в работе судебно-следственных органов. Однако на большинстве из них лежит печать патологии, что облегчает их распознавание.

В одних случаях этот болезненный характер самооговоров выступает очень ярко, в других — лишь в отдельных штрихах. Один шизофреник, прошедший в свое время экспертизу в Институте, заявил следователю о своем участии в контрреволюционной организации, причем в качестве членов этой организации назвал уже умерших известных русских писателей.

Другой шизофреник оговорил себя в участии в террористической организации, сообщив об этом довольно правдоподобную версию. Однако фантастичность отдельных деталей его рассказа заставила следствие заподозрить психическую неполноценность заявителя. Так, например, рассказывая о своем вступлении в организацию, он утверждал, что его заставили подписать кровью соответствующий договор. Кроме того, ряд других сведений, сообщенных им следователю, возбудил сомнение в правдоподобности заявления. Впоследствии больной отказался от своего показания и сказал, что придумал всю историю в расчете на смертный приговор.

Значительно большее затруднение и для судебно-следственных работников и для экспертов-психиатров создают самооговоры и оговоры психопатов, ибо в них обычно отсутствуют элементы нелепости, свойственные самооговорам душевнобольных.

В классических руководствах по судебной психиатрии, например у Крафт-Эбинга, приводится довольно большое число случаев самооговоров психопатов, в особенности истерического типа. Однако современная судебно-психиатрическая практика показывает, что самооговоры психопатов встречаются значительно реже, чем самооговоры душевнобольных. При этом сравнении мы не имеем в виду самооговоров, носящих явно целевой характер, вроде, например, тех случаев, когда преступники оговаривают себя в каком-нибудь небольшом преступлении с целью укрыться от преследования следственных органов по более крупному делу. Это расхождение практики современной с более старой практикой объясняется, повидимому, изменением психиатрических взглядов. Ряд случаев, трактовавшихся раньше как истерия, при современном состоянии психиатрических знаний расценивается совершенно иначе. В той сравнительно небольшой группе случаев, где самооговоры выра-

стают из психопатических особенностей личности, движущим механизмом обычно является собственное психопатам стремление привлечь к себе внимание других и таким образом поднимать свой авторитет в своих собственных глазах. Эти механизмы компенсации возникают особенно легко там, где имеется чувство собственной недостаточности в связи с каким-либо физическим или психическим дефектом, например — особенностями телосложения, сексуальной недостаточностью и т. п.

Испытуемый Г., 23 лет, сделал заявление в уголовный розыск о том, что он совершил убийство из мести. При первых допросах поддерживал свое заявление, а потом отказался от него и объяснил все случившееся желанием иметь тему для романа.

При испытании в институте выяснилось, что испытуемый, обладающий очень непривлекательной внешностью, с детства обнаруживал большую склонность к фантазированию. В грезах воображал себя поэтом, считал себя выше всех окружающих. Любил произвести впечатление, охотно играл на сцене, много читал, тяготился будничной жизнью. Эти особенности сохранил до настоящего времени. Жизненные условия сложились для него очень неблагоприятно. Он рано лишился родителей, воспитывался у родственницы, а затем в детском доме. Лет с 13 жил у дяди, а потом у сестры в Москве. Здесь он окончил девятилетку. По окончании школы стал служить, но зарабатывал очень мало. Стал брать деньги у сестры. Пойманный на одной краже у сестры, должен был от нее уйти. Последние годы служил на заводе в качестве подсобного рабочего. Родным надоедал, они избегали его. Тяготился собственной уродливостью. В поисках выхода из этой тяжелой ситуации испытуемый и пришел к мысли о самооговоре. При наблюдении в отделении Г. выявил себя как психопат с чертами незрелости психики, со склонностью к фантазированию и с повышенной чувствительностью. Признаков душевного заболевания обнаружено не было.

Таким образом, в данном случае самооговор был вызван стремлением как-то компенсировать остро переживаемое личностью сознание собственной неполноценности.

Частота самооговоров психически неполноценных подвержена значительным колебаниям. Значительный рост патологических самооговоров наблюдался в период Великой Отечественной войны. При этом выросло число самооговоров не душевнобольных, а олигофренов и психопатов. Эти самооговоры явились одной из форм патологических реакций психически неполноценных на трудную ситуацию военного времени. Типичной чертой их является чрезвычайное единообразие содержания. В большинстве случаев дело идет об оговорах себя в измене Родине, в неправильном поведении на оккупированной территории и связях с немецкой разведкой. Это содержание заимствуется из общеизвестных сведений о методах работы немецкой разведки, из рассказов товарищей и т. д. В огромном большинстве случаев такого рода самооговоры наблюдались у лиц, задержанных без документов и подозреваемых в дезертирстве.

Мотивы этих самооговоров различны. В одних случаях они вытекают из состояния страха и растерянности, легко возникающего у олигофренов в условиях фронтовой обстановки. Де-

зertifировав в таком состоянии из части и будучи задержанным, олигофрен иногда предпочитает отбывание тюремного заключения возвращению на фронт. В результате он прибегает к самооговору, не учитывая в силу слабости интеллекта всех последствий обвинения в таком тяжелом преступлении, как измена Родине. Значительно чаще, однако, самооговоры олигофренов являются следствием неосторожного опроса дознавателя. При большой внушаемости, особенно усиливающейся в состоянии растерянности, олигофрены легко соглашались с предъявленным им обвинением. При дальнейших допросах они обычно упрямо придерживаются ложной версии, боясь изменить свои показания.

Наконец, в третьей группе случаи самооговоров психически неполноценных являются следствием присущей им патологической склонности к вымыслам, вытекающей из стремления прикрасить себя, похвастаться перед товарищами. В таких случаях поводом для привлечения к ответственности являются рассказы среди товарищей о мнимом пребывании в плену или на оккупированной территории.

Для иллюстрации приводим некоторые случаи.

Случай 1-й. Испытуемый Б., 24 лет, рабочий, холост, малограмотный. Задержанный без документов, показал, что в 1942 г. он попал в плен, был завербован немецкой разведкой и в дальнейшем, с диверсионными заданиями, переброшен на советскую территорию. При последующих допросах то подтверждал свои первые показания, то от них отказывался. Ввиду противоречивости и неправдоподобности его показаний направлен в институт на экспертизу. При исследовании в институте выяснилось, что Б. в детстве отставал в развитии. Учился очень плохо, оставался на второй год и с трудом дошел до 4-го класса. С 14 лет работал пастухом, а затем чернорабочим. В 1942 г. был мобилизован. В боях не участвовал. В конце того же года по дороге на фронт отстал от части.

Со стороны психической отмечена большая вялость и медлительность, значительная недостаточность интеллекта и повышенная внушаемость. Во время пребывания в институте испытуемый волнуясь отрицал свое преступление, утверждал, что он случайно отстал от части, а при задержании наговорил на себя «с перепугу».

Приведенный случай типичен для самооговоров олигофренов в условиях военной обстановки, возникающих в состояниях страха и растерянности и в связи с повышенной внушаемостью.

Случай 2-й. Г., красноармеец, холост, образование низшее.

Арестован по поводу разговоров с бойцами о своем пребывании в плену у немцев. При допросах рассказал, что он был в плену у немцев, обучался в специальной школе разведчиков и затем был переброшен через линию фронта. Оговорил при этом и двух своих товарищей. При расследовании его показания абсолютно не подтвердились. В связи с неправдоподобностью его показаний был направлен на экспертизу в институт. Из истории личности выяснилось, что на военной службе он находится с 1934 г. В конце 1941 г. был ранен осколком в голову. Из госпиталя вернулся в часть. Проявил себя, как недисциплинированный боец. Часто обращался к врачу с необоснованными жалобами на состояние здоровья.

Со стороны нервной системы отмечена сглаженность левой носогубной складки.

Со стороны психической: испытуемый в ясном сознании, охотно, но неправдиво дает о себе сведения. Настроение подавленное. Предъявляет много жалоб на болезненные ощущения в различных частях тела. Обнаруживает выраженную установку на болезнь. Вначале пребывания в институте подтверждал свое пребывание в плену, а затем это отрицал и признался, что на следствии дал ложные показания. Интеллект в пределах нормы. Бредовых идей и галлюцинаций не обнаруживает. Комиссией признан психопатической личностью со склонностью к вымыслам и фантазированию.

Самооговор в данном случае объясняется желанием похвастаться перед товарищами, которое легко реализуется благодаря психопатической склонности к вымыслам и фантазированию.

Таким образом при анализе патологических самооговоров военного времени мы встречаемся с теми же механизмами, которые мы показали выше, при описании самооговоров олигофренов и психопатов. Отличие заключается лишь в том, что, возникая в условиях военной ситуации, самооговоры отражают ее в своем содержании, которое получает чрезвычайно однообразный и сходный во многих случаях характер.

К числу специфических самооговоров военного времени должны быть отнесены самооговоры в самостреле лиц, находящихся в состоянии депрессивного параноида (см. главу «Психогенные реакции»). В этих случаях дело идет обычно о бойцах, которые заболевают после легкого ранения. Под влиянием бредовых идей самообвинения больные начинают сообщать, что ранение нанесено ими себе умышленно, с целью избавиться от фронта.

Распознавание патологических самооговоров военного времени представляет особые трудности, так как их содержание черпается из реальной ситуации, а объективная проверка показаний обвиняемого в силу специфических условий военного времени часто бывает невозможной.

Поэтому в этих случаях особенно важна психиатрическая экспертиза.

Из изложенного видно, какой осторожности требует от эксперта оценка показаний душевнобольных на суде и следствии. Здесь очень трудно дать какой-нибудь определенный рецепт для распознавания самооговоров, который был бы пригоден во всех случаях. Каждый случай требует индивидуального подхода. Однако всякое заключение о достоверности показаний душевнобольного должно базироваться на тщательном изучении его личности и детальном психопатологическом анализе, который позволил бы установить характер связи показаний подэкспертного с его болезненными переживаниями.

ГЛАВА XIX

ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ НАДЗОР В МЕСТАХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

В Советском Союзе с первых же дней Великой Октябрьской социалистической революции медико-санитарная работа в местах заключения была коренным образом реорганизована. Режим в советских исправительно-трудовых учреждениях строится на принципе устранения всех влияний, вредных для здоровья заключенных: запрещено лишать заключенных прогулок, помещать в темные, сырые и холодные карцеры. Широко поставлена медицинская помощь лишенным свободы. Все это резко отличает советские места заключения от буржуазных. Созданным в советских исправительно-трудовых учреждениях режимом устранена основная причина психических заболеваний среди лишенных свободы. Наряду с устранением причин, порождающих в местах заключения психические заболевания, проводится психиатрический надзор с целью предупреждения нервнопсихических заболеваний и борьбы с ними.

Психиатрический надзор в местах заключения возник в 1919 г., когда впервые в московские места заключения был назначен психиатр. Основной его задачей было систематическое посещение мест лишения свободы для изъятия оттуда душевнобольных и направления их во вновь организованное тогда психиатрическое отделение при центральной тюремной больнице.

Но очень скоро этот объем работы психиатра оказался недостаточным. Ввиду изменения судебно-психиатрических установок на вменяемость психопатов, травматиков, легких органиков их начали направлять обратно в места заключения. Явилась необходимость в применении к ним мер лечебного воздействия в самих местах заключения, и тогда был расширен психиатрический надзор путем прикрепления психиатров к крупным местам заключения.

Основным недостатком в области практической работы психиатров в местах заключения был их подход к пограничным случаям, в частности к психопатам. Установки врачей-психиатров были сначала направлены на полное изъятие из мест лишения свободы психопатов, без каких-либо попыток найти средства и пути воздействия на них в условиях места лишения свободы. Их отправляли как душевнобольных в психиатрические больницы, а затем, так как они являлись бичом для психиатри-

ческих больниц, был поставлен вопрос о создании для них особых отделений (получивших название аднексов) в условиях самого места лишения свободы — отделений с полубольничным режимом.

В этих отделениях психопаты укреплялись в мысли о том, что они больны, нуждаются в особом режиме, что их надо лечить, а не посылать на работу. И в итоге имелись массовые психопатические вспышки с попытками к самоубийству, припадками, нападениями на надзор, на медицинский персонал и т. п. Эти аднексы были ликвидированы¹.

Неправильный подход к психопатам в местах лишения свободы привел к тому, что путь на свободу через психиатрическую больницу приобрел большую популярность среди заключенных, и установка на болезнь получила среди них очень широкое распространение. Этому немало способствовала в первые годы работа экспертной комиссии Института им. Сербского, когда 70% испытуемых признавались невменяемыми, а остальные — уменьшенно вменяемыми. Психиатры в месте лишения свободы, ставя диагноз «психопатия», пытались воздействовать на психопатов медицинскими мероприятиями. Поскольку психиатры недооценивали в поведении психопатов целевые моменты и роль внешней среды, они в местах заключения стали центрами, к которым тянулись как неполноценные лишенные свободы, так и симулянты, стремившиеся через психиатра попасть в гражданские больницы и таким образом избежать наказания.

Источником всех этих ошибок были теоретические установки, свойственные буржуазной психиатрии и некритически перенесенные на нашу почву. Они выражались в попытках объяснить преступление, исходя из конституциональных особенностей той или иной личности. Исходя из этих установок, совершенно не учитывалось, что поведение в местах лишения свободы как здорового, так и психопата (в этом их отличие от душевнобольных) определяется вовсе не конституциональными биологическими предпосылками, а всем предшествующим путем развития.

Лишь в 1930 г. начали укрепляться совершенно твердые установки в отношении судебно-психиатрической оценки психопатов (см. главу «Психопатические личности»).

Психиатрический надзор в исправительно-трудовых учреждениях, являясь в их системе частью общей сети здравоохранения, участвует в разрешении лечебно-профилактических задач, поставленных перед всей сетью, с целью сниже-

¹ Здесь имеются в виду аднексы, предназначенные специально для психопатов, а не те аднексы, которые являются психиатрическими отделениями при местах заключения для изоляции психически больных.

ния заболеваемости среди лишенных свободы, предупреждения нервно-психических заболеваний и борьбы с ними. Являясь органической частью медико-санитарной организации в исправительно-трудовых учреждениях, психиатрический надзор складывается из следующих основных разделов:

1) осуществление психиатрического надзора, направленного на полное изъятие из мест заключения душевнобольных;

2) лечебное воздействие психиатра на лишенных свободы, являющихся носителями нерезких нервно-психических отклонений (психопатов, травматиков, невротиков, умственно недостаточных, легких органиков и т. п.), в целях приспособления их к условиям места заключения.

§ 1. Осуществление психиатрического надзора, направленного на полное изъятие из мест заключения душевнобольных

Советский уголовный закон не допускает применения наказания к психически больным лицам, совершившим общественно-опасные действия. К ним применяются меры медицинского характера.

При расследовании преступления судебно-следственные органы в случае сомнения в психическом состоянии совершивших преступление прибегают к судебно-психиатрической экспертизе (см. главу «Судебно-психиатрическая экспертиза в СССР, законодательство о ней и ее организационные формы»). Советское законодательство дает максимум гарантий от возможности просмотра среди обвиняемых душевнобольных. Все же возможны случаи просмотра судебно-следственными органами душевнобольных в стадии следствия, например, когда обвиняемый не вызвал сомнения в своем психическом состоянии во время следствия или врачи, производившие экспертизу, допустили ошибку, например, в трудно диагностируемых случаях.

Не исключена также возможность заболевания срочных лишенных свободы во время отбывания наказания. Удельный вес этих заболеваний в советских местах заключения очень мал, но все же такие случаи наблюдаются; обычно это заболевания реактивного характера.

В целях выявления и своевременного изъятия из мест заключения психически больных необходима регулярная работа в местах заключения врача-психоневролога. Эта работа является частью той медицинской работы, которая должна проводиться в местах заключения. Советское законодательство уделяло и уделяет большое внимание своевременному изъятию из мест заключения психически больных лиц.

В изданном Наркомздравом Положении о психиатрической экспертизе от 8 мая 1919 г. специально фиксировалось внима-

ние на своевременном изъятии из мест заключения лиц, оказавшихся психически больными. В этом положении указывалось, что в случае сомнения в психическом состоянии заключенного он должен быть подвергнут психиатрической экспертизе. В § 8 этого Положения давалось прямое указание на необходимость осмотра врачами всех заключенных с целью выявления среди них психически больных. Затем в 1921 г. была издана специальная инструкция НКЮ, НКВД, ВЧК и Наркомздрава «Об организации психиатрического надзора в местах лишения свободы Российской республики».

В этой инструкции предлагалось усилить психиатрический надзор в местах заключения, а также возложить этот надзор на особых врачей-психиатров, назначаемых здравотделами. Для испытания и экспертизы заключенных, подозреваемых в психическом заболевании, инструкция предлагала организовать специальные психиатрические отделения при тюремных больницах. В инструкции также подчеркивалась необходимость систематически проводить в местах заключения врачом-психиатром освидетельствование заключенных с целью изъятия тех из них, кто окажется психически больным.

В действующем законодательстве вопросу о необходимости изъятия из мест заключения психически больных лиц посвящена ст. 457 УПК РСФСР, в которой указывается, что заключенные, заболевшие душевной болезнью, должны изыматься из мест заключения и направляться в психиатрические больницы.

Своевременное изъятие душевнобольных из мест заключения важно, во-первых, потому, что советский уголовный закон не допускает применения наказания к душевнобольным, во-вторых, потому, что они мешают повседневной практической работе места заключения, и, в-третьих, для их лечения.

Эта область психогигиенической работы имеет особое значение в местах заключения для следственных, так как возможность попадания психически больных лиц в места заключения для следственных большая, чем в места заключения для срочных, где вызывавшие сомнение в своем душевном здоровье прошли уже, как правило, психиатрическую экспертизу в стадии следствия. Основная задача врача-психиатра в местах заключения для следственных состоит в том, чтобы своевременно выявить психически больных лиц и послать их на судебно-психиатрическую экспертизу, предупредив таким образом возможность осуждения душевнобольных.

Хорошо налаженная работа врача-психиатра в местах заключения для следственных предупреждает возможность попадания душевнобольных в места лишения свободы. Поэтому необходимо организовать систематическое посещение врачом-психиатром мест заключения для следственных там, где невозможно иметь психиатра для повседневной работы.

§ 2. Лечебное воздействие психиатра на лишенных свободы с нерезкими нервно-психическими отклонениями

Для лечебного воздействия на заключенных с нерезкими нервнопсихическими отклонениями психиатр должен прежде всего выявить указанные группы с целью установления над ними дальнейшего наблюдения и лечения. Те из лишенных свободы, которые нуждаются в дальнейшем наблюдении (легкие органики, травматик, психопаты и другие лица, прошедшие экспертизу), берутся на учет, и там, где это нужно, проводится соответствующее лечение.

Особое значение имеет работа психиатра по предупреждению в местах лишения свободы реактивных вспышек. Анализ материала о психогенных реакциях в местах лишения свободы позволяет установить, что большинство реакций носит здесь целевой (симулоидный) характер.

Психиатр должен стремиться ликвидировать легкие реактивные состояния в условиях места лишения свободы.

С его стороны особенно необходимы осторожность, правильность подхода и меры лечебного воздействия в отношении симулоидных, истерических, агрессивных-демонстративных реакций и форм поведения. Воздействие на психогенные реакции и психопатические проявления в самом начале их возникновения и наряду с этим предупреждение их — такова задача, осуществление которой должно быть начато уже в первые дни пребывания этих лишенных свободы в местах заключения. Именно с карантина чрезвычайно важно начать психиатрический надзор, так как карантин является тем первым местом, откуда целесообразнее всего приступить к осуществлению предупредительных мероприятий в дальнейшем.

Особое значение имеет психиатрический надзор над группой психопатов, чтобы предупредить возможность с их стороны проявления психопатических вспышек.

Врач-психиатр должен активно способствовать включению в трудовые процессы психопатов и травматиков, со стороны которых часто бывают упорные отказы от работы. Некоторые же из психопатов не справляются с теми трудовыми процессами, которые им поручены, в силу своей психической дефектности, и здесь психиатр своим советом может помочь администрации места заключения в правильной организации труда для этой группы.

Лечение психопатов — это в основном их перевоспитание, и правильная организация их труда в местах заключения облегчает задачу перевоспитания психопатов, у которых в большинстве случаев патологические черты развития личности являются результатом определенных бытовых условий.

Приводим случай, чтобы показать, каково может быть поведение психопата, у которого длительно культивировались установки на болезнь как в местах лишения свободы, так и в психиатрических больницах, куда он неоднократно помещался.

В институт был доставлен М., крепкого сложения молодой человек 22 лет.

По обстоятельствам дела М. за месяц до поступления в институт прибыл в одну из психиатрических больниц из диспансера, в котором он совместно с отцом избил санитаров и пытался сбросить его с площадки второго этажа.

В психиатрических больницах М. уже создал себе славу крайне опасного больного. Он сам выбирал себе место и пищу, диктовал свои требования, создавал невыносимую обстановку в отделении. Персонал боялся его, а он хорошо этим пользовался. В расчете на улучшение его состояния ему был разрешен выход из отделения. Во время одной из прогулок на территории больницы ему кто-то сообщил, что за ним приехали из Московского уголовного розыска. М. решил сопротивляться, стал у стены, подобрал камни и, когда к нему попытались приблизиться, начал, методически передвигаясь от окна к окну, разбивать камнями стекла. Врачу, подошедшему к нему, он нанес удар железной палкой по голове, отчего врач потерял сознание. Тяжелый удар он нанес и второму врачу. К нему больше не решались приблизиться, а он продолжал бить стекла. Только спустя некоторое время, после ряда усилий, М. был схвачен.

Данные анамнеза. Вырос М. в семье, в которой происходили частые споры, драки и пьянство, отец буянил, избивал жену и детей. Уже со школьных лет испытуемый иногда выходил из себя, возбуждался, проявлял импульсивность. Окрепнув физически, он стал скандалить больше, бил посуду, швырялся тяжелыми предметами, однажды ранил ножом сестру. На работе нигде долго не удерживался, вступал в конфликты, дрался.

Первая судимость относится к периоду, когда М. было 19 лет; осужден был на шесть месяцев принудительных работ за избиение милиционера. Вторая судимость — через год, снова за хулиганство; осужден был на шесть месяцев исправительно-трудовых работ. Наказания не отбывал, на шесть месяцев исправительно-трудовых работ. Наказания не отбывал, так как его сочли больным. Через год после второй судимости он поступил в психиатрическую больницу, где вел себя так же агрессивно и не дисциплинированно. Спустя два месяца снова был помещен в больницу, где избивал всех, рвал белье.

Физическое состояние. Испытуемый высокого роста, массивного телосложения, лоб непомерно высокий, резко выступают надбровные дуги. Ясно выражен вазомоторный синдром.

Психическое состояние. Нарушений со стороны интеллекта нет. Отмечены расстройства настроения, несколько раз возбуждался, проявлял агрессивность. Вместе с тем очень интересовался, куда его направят из института.

В институте было установлено, что испытуемый признаков душевной болезни не обнаруживает, что по ряду причин он проявлял стойкие анти-социальные навыки, что в нем сильны паразитические тенденции, а предшествующий опыт закрепил в нем установки на болезнь.

Комиссия определила у М. психопатию с эпилептоидными и шизоидными чертами, признала его вменяемым в отношении инкриминируемого деяния и указала в акте, что он не должен находиться в исправительно-трудовой колонии открытого типа, а требует более строгой системы мер исправительного воздействия.

По полученным через три года сведениям, М. не переставал добиваться освобождения из лагерей, ссылаясь на свою психическую болезнь.

За три года он не раз побывал в психиатрических больницах, но каждый раз признавался вменяемым.

По собранным дополнительным сведениям, М. через восемь месяцев после освобождения из лагеря вновь обратился к одному из московских психиатров с рядом жалоб и был направлен в Институт им. Ганнушкина, где комиссия врачей-психиатров признала, что М. является сложной психопатической личностью и что он лечению в общегражданских больницах не подлежит.

Судебно-психиатрическая практика (в частности катамнезы) подтвердила правильность изложенных установок в вопросах об ответственности психопатов за свои правонарушения и о формах и методах психогигиенической работы. Катамнестические сведения показали, что путем включения этих психопатов в трудовые процессы и правильной организации их труда и быта достигается их перевоспитание и, наоборот, при неправильно поставленной работе психиатр может явиться центром притяжения для психопатических личностей и может невольно культивировать их реактивные установки.

Для иллюстрации приводим краткие сведения о трех бывших испытуемых Института им. Сербского, отправленных обратно в места лишения свободы, где после возвращения из Института они вели себя спокойно, к врачу-психиатру на прием не стремились, работали хорошо.

Случай 1-й. Ш., 34 лет, направлен в институт с диагнозом «депрессивное состояние». Он был осужден по закону от 7 августа 1932 г. за то, что, связавшись с расхитителями государственного имущества, спрятал, а затем продал похищенный ими сахар. В институте Ш. во время каждой беседы плакал, дрожал всем телом, скрежетал зубами. В первые дни были жалобы на страхи, при приближении к нему он пугался, отскакивал, забивался в угол, почти не отвечал. В дальнейшем ясно выступили черты театральности в поведении, попытки сослаться на тяжелую нервность после контузии и на припадки. Во время комиссии, демонстрируя свою возбудимость и угнетение, испытуемый схватил со стола ручку с пером и хотел ею нанести себе повреждение. Отправлен он был в дом заключения с диагнозом «симулятивное поведение».

Случай 2-й. М., 32 лет, обвинялся в мошенничестве и в растрате.

В институте он пробыл 9 недель, обращал на себя внимание то немотивированно благодушным настроением, некоторой инфантильностью поведения, многоречивостью, то расстройством настроения, угрюмым состоянием, жалобами на тоску, мыслями о самоубийстве. Время он проводил бездейтельно, в беседах с врачами проявлял некоторую назойливость, жаловался на непрекращающиеся головные боли. В моменты повышенного настроения отмечалась переоценка собственной личности, хвастливость. Все это наряду с органическими симптомами (вялая реакция зрачков, несколько неясная речь, повышение сухожильных рефлексов) вызвало подозрение об органическом поражении центральной нервной системы. Тем не менее картина целевого поведения, избирательное (главным образом в отношении обстоятельств правонарушения) ослабление памяти, неправдоподобное описание припадков, постоянное стремление обратить на себя внимание врача, сознательное выпячивание болезненных симптомов, чуткая реакция на отношение к нему врача во время комиссии, отсутствие серологических данных, подтверждающих специфический характер органического заболевания центральной нервной системы, — все это заставило комиссию признать его вменяемым и отправить в место лишения свободы с диагнозом «психопатия».

Случай 3-й. Б., 29 лет, привлечен к ответственности за растрату. В 1919 г. он был контужен. С тех пор неоднократно помещался в психиатрические больницы. В институте отличался неустойчивостью настроения, склонностью к слезам, сопровождающимся громкими выкриками и стонами. Часто бывал агрессивен, — так, например, избил больного за то, что тот грубо разговаривал с санитаркой. Этот поступок он объяснил тем, что везде и всегда борется за справедливость. Испытуемый жаловался на свою судьбу, на тяжесть своей болезни, считал себя жертвой гражданской войны, поглощен был создавшейся ситуацией; просил отравить, застрелить его, так как он ни себе, ни другим не нужен; легко впадал в состояние волнения; театрально создавал картину отчаяния. Испытуемый с диагнозом «травматический невроз» был возвращен в место лишения свободы.

Все трое резко изменили свое поведение по возвращении в место лишения свободы. Первый и третий работали на производстве, второй — парикмахером. Все трое справлялись с работой хорошо, к психиатру не обращались, никаких конфликтов или нарушений режима за ними отмечено не было. Второй, представлявший наибольшие трудности для диагноза, работу в парикмахерской вел добросовестно, был общителен.

Эти трое наряду с другими, которых мы не приводим здесь, вызваны были на прием к научному сотруднику института, посетившему дом заключения. При его появлении наступила резкая перемена в состоянии этих заключенных. Каждый из них вновь ярко обнаружил симптомокомплекс, наблюдавшийся у него в институте. С большой легкостью были вновь включены все невротические механизмы. Предположение, что может быть пересмотрено постановление о них, оживило всю картину симулятивно-реактивного поведения, зафиксированного долгим упражнением.

Каждому из этой группы было разъяснено, что смысл их «реактивного рецидива» понятен, что это ведет их по неправильному пути. И действительно, при последующих встречах поведение их было иным, хотя остаточные явления еще наблюдались.

Такого рода случаи показывают, какое значение имеет правильно организованный психиатрический надзор в месте лишения свободы над группой заключенных, являющихся носителями нерезких нервно-психических отклонений, снимая реактивные и симулятивные установки, и, наоборот, насколько чреваты последствиями неумело проводимая работа, насколько легко самим психиатром могут быть зафиксированы психопатические реакции у отдельных лишенных свободы. Психиатр места лишения свободы нередко вместо того, чтобы в ясной форме и с достаточной авторитетностью разъяснить лишенному свободы необходимость отказаться от установочного поведения, отделяется обещаниями направить его на стационарное испытание.

Между тем врач-психиатр в месте заключения не должен быть точкой притяжения для всех этих психопатов, травматиков и т. п., ищущих освобождения из места заключения «с помощью своей болезни». Строгая дисциплина должна быть одной из предпосылок переделки и перевоспитания целого ряда психопатов, травматиков, невротиков и т. п. В некоторых случаях бывает необходим перевод недисциплинированных психопатов в места заключения с более строгим режимом, что иногда является лучшим способом воздействия на них. Ввиду плохого влияния психопатов друг на друга целесообразна бы-

вает своевременная их изоляция (по отдельным камерам, по отдельным корпусам и т. п.), о чем психиатр мест заключений доводит до сведения администрации места заключения.

Особого внимания со стороны психиатра требует группа лишенных свободы, которые раньше направлялись в психиатрические больницы, а теперь, в результате пересмотра судебно-психиатрической оценки в отношении некоторых клинических форм, признаются вменяемыми и направляются обратно в места заключения. Сюда относятся легкие органики, некоторые эпилептики, артериосклеротики, леченые прогрессивные паралитики со стойкой и длительной ремиссией и т. д. Главная задача в отношении таких лишенных свободы — это их индивидуальное трудоустройство в месте лишения свободы. Необходимо помнить, что, будучи неправильно расставлены на производстве, они нередко дезорганизуют его. Психиатр, учитывая способности каждого из них, может оказать этим лицам помощь, дав совет в приобретении квалификации и в переквалификации. Иногда полезен и перевод таких лиц из одного места лишения свободы в другое с иным характером производства. Правильное их трудоустройство нередко предупреждает всевозможные с их стороны психогенные реакции с отказом от работы и т. п.

Для иллюстрации приводим случай с постшизофреническим дефектом. Экспертной комиссией Института этот испытуемый был признан вменяемым и направлен в место заключения. Здесь на дефектной почве возникло симулятивное поведение, отличающееся своей стойкостью и сложностью картины.

М., 36 лет, впервые поступил в институт по обвинению в растрате денег в артели, в которой он работал. В институте был склонен к резонерству, к судебному делу относился без всякой критики, требовал немедленного направления в тюрьму, обнаруживал расстройство памяти, отвлекаемое внимание, бесконечно возвращался к одной и той же теме разговора, проявлял большую возбудимость.

С диагнозом «шизофрения» М. был направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу. Из больницы им. Кащенко, где находился испытуемый, он через некоторое время был выписан с диагнозом «шизофрения».

Через три года он снова поступил в Институт. Обвинялся в том, что, будучи заведующим столовой, присваивал себе суммы, прибегал к составлению фиктивных счетов, в результате чего принес ущерб в размере 24.500 рублей. Привлекался по закону от 7 августа 1932 г. При повторном поступлении в институт состояние испытуемого отличалось от того, в котором он находился в первый раз. Расстройство сознания не было. Отмечалась некоторая вялость, непродуктивность. С окружающими не общался, во время беседы с врачом пытался обелить себя и обвинить других, при этом несколько стереотипно возбуждался, произносил защитного характера речи, усиленно жестикулируя, громко выкрикивал слова. Сообщал о слуховых галлюцинациях, высказывал жалобы, по содержанию носившие характер бредовых идей отношения и преследования. Однако в этих жалобах ясно выступала тенденция испытуемого подчеркнуть свои болезненные черты.

После двукратного прохождения испытуемого через конференцию врачей было признано, что М. обнаруживает некоторые дефекты личности после перенесенного душевного заболевания в форме шизофрении, однако

эти де
М.
через
ния, но
из Инс
экспер
психиат
лишени
рил хо
В
как и
отсутст
Сообще
силы я
жестик
ление
торопил
Рел
говорен
ступила
приним
ние раб
он бол
способл
ших по
гих. Од
узость

Это
трудно
того, ч
свобод
Так
жна гл
ключен
торые
чебным
ским,
боды,
уклоне
заболе

эти дефекты не настолько значительны, чтобы его считать невменяемым. М. был возвращен в дом заключения. Психиатр дома заключения через некоторое время направил его в институт для повторного испытания, но М. в институт принят не был. Через полгода после выписки М. из Института защита обратилась к прокурору с ходатайством о повторной экспертизе «ввиду явных признаков душевной болезни и свидетельства психиатра места лишения свободы о том, что содержание М. в месте лишения свободы представляет большие трудности». Прокурор удовлетворил ходатайство.

В институте при повторном испытании поведение М. было таким же, как и прежде. Со стороны интеллекта отмечались некоторая тусклость, отсутствие гибкости, односторонний характер психической активности. Сообщения, связанные будто бы с бредовой оценкой окружающего, носили явно вымышленный, установочный характер. Мимика испытуемого, жестикуляция также были направлены к тому, чтобы произвести впечатление больного (тарашение глаз и пр.). Во время беседы испытуемый сам торопился изложить все свои переживания, описать «галлюцинации» и пр.

Решением комиссии М. вновь был признан вменяемым. Он был приговорен к лишению свободы на 10 лет. Вслед затем в поведении его наступила резкая перемена. Он стал общительным, предприимчивым, начал принимать живейшее участие в делах корпуса, был назначен на внутренние работы, носил передачи. Вскоре стал старостой корпуса. У психиатра он больше не появлялся. Сразу же было обнаружено умение М. приспособляться, устраивать свою жизнь, — камера его стала одной из лучших по внешнему виду, материально М. также устроил себя лучше других. Однако при всем этом отмечалась некоторая дефектность личности, узость интересов, некоторое своеобразие мышления.

Этот случай весьма поучителен. Он является демонстрацией трудностей и того упорства, которое иной раз необходимо для того, чтобы снять установочные черты в поведении лишенного свободы.

Таким образом, работа психиатра в месте заключения должна главным образом сводиться к полному изъятию из мест заключения душевнобольных, к выявлению тех заключенных, которые нуждаются в судебно-психиатрической экспертизе, к лечебным мероприятиям (медикаментозным, физиотерапевтическим, психотерапевтическим) в отношении тех лишенных свободы, которые представляют те или иные нервно-психические отклонения от нормы, и к предупреждению нервно-психических заболеваний.

ГЛАВА XX

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних по сравнению с экспертизой взрослых представляет известное своеобразие в отношении диагностики и судебно-психиатрической оценки.

Диагностические трудности здесь связаны с рядом причин.

Клиническая картина даже острого душевного заболевания, не говоря уже о пограничных состояниях, у несовершеннолетних обычно выражена гораздо менее резко, чем у взрослых, — часто у них почти совершенно отсутствуют наиболее яркие симптомы психоза (бред, галлюцинации), изменения личности труднее уловимы в связи с малой дифференцированностью и незрелостью психики.

Переходный возраст, в котором находятся наши испытуемые, дает своеобразные изменения психики (эмоциональную неустойчивость, повышенную возбудимость, неуравновешенность, колебания настроения), которые значительно видоизменяют и осложняют картину психического состояния.

Незрелая и неустойчивая личность подростка чрезвычайно чувствительна к внешним влияниям. Так например, неблагоприятные семейно-бытовые условия иногда создают ряд особенностей (взрывчатость, неустойчивость, склонность к аффективным вспышкам, изменения работоспособности, обучаемости), которые могут повести по ложному диагностическому пути, если их истинная природа не будет распознана. Особенно важно учитывать эти особенности при диагностировании пограничных состояний (психопатий, олигофрений), так как в этих случаях неправильное толкование наблюдаемых симптомов и оценка их как врожденной или приобретенной недостаточности могут повести к совершенно необоснованному расширению диагностики психопатии и олигофрении.

Кроме указанных моментов, судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних чрезвычайно сложна и многообразна также и потому, что ее цель и содержание находятся

в тесной зависимости от того, в какой роли в судебно-следственном процессе выступает ее объект — несовершеннолетний, — является ли он обвиняемым, свидетелем или потерпевшим.

Если в первом случае психиатр-эксперт должен дать заключение о психическом здоровье испытуемого, ответить на вопрос суда о вменяемости, то в отношении несовершеннолетних свидетеля и потерпевшего перед экспертом часто ставится вопрос о достоверности показаний несовершеннолетних.

В связи с тем, что цель и содержание экспертизы радикальным образом меняются в зависимости от роли, в какой несовершеннолетние выступают в судебно-следственном процессе, в дальнейшем изложении будет идти речь не об экспертизе несовершеннолетних вообще, а об экспертизе двух различных групп: несовершеннолетних обвиняемых и несовершеннолетних свидетелей и потерпевших.

Не только различные цели и содержания экспертизы дают основание для такого деления. Эти две группы отличаются друг от друга еще и рядом других признаков. Прежде всего отличен их возрастной состав. Согласно действующего законодательства уголовная ответственность несовершеннолетних за одни преступления (кражи, причинения насилий, телесных повреждений, увечий, убийство или попытка к убийству) начинается с 12 лет, а за остальные — с 14 лет. Таким образом при экспертизе несовершеннолетних обвиняемых приходится иметь дело с подростками в возрасте от 12 до 15 лет (причем основную массу составляют 14- и 15-летние).

Между тем группа свидетелей и потерпевших гораздо более пестра по возрасту. Не являясь официальными полноценными свидетелями, малолетние в возрасте 8—5 лет и даже моложе нередко фигурируют в деле в качестве лиц, дающих показания.

Различен также и типовой облик этих двух групп: среди обвиняемых преобладают обычно безнадзорные подростки, нередко с довольно стойкими криминальными навыками, тогда как во второй группе большинство несовершеннолетних не обнаруживают указанных черт запущенности.

Различно также и отношение самих несовершеннолетних к судебно-следственному процессу. Обвиняемые часто становятся в защитную позицию, стремясь доказать свою невиновность. Анализируя их высказывания, нередко встречаешься с намеренно неправильными показаниями, с ложью, оговором, утаиванием. Несовершеннолетние свидетели и потерпевшие обычно гораздо более откровенны и доступны, и неправильности в их показаниях скорее представляют собой заблуждения, а не намеренное искажение действительности.

§ 1. Экспертиза несовершеннолетних обвиняемых

Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетнего в значительной степени осложняется отмеченными выше диагностическими трудностями. Поэтому для определения психического состояния несовершеннолетнего нередко бывает необходимо более или менее длительное наблюдение, возможное только в условиях диагностического стационара. Как бы хорошо ни была организована подготовка амбулаторной экспертизы, все же в ряде случаев для решения вопроса о психическом состоянии и вменяемости подростка однократное обследование недостаточно и стационарное наблюдение является необходимым. Стационарная экспертиза должна проводиться в специальных диагностических отделениях, находящихся при институтах судебной психиатрии или при психиатрических больницах и организованных таким образом, чтобы все моменты их работы (режимные, учебные, трудовые) служили диагностическим целям и способствовали наиболее полному выявлению личности несовершеннолетнего.

Направление несовершеннолетних на экспертизу часто бывает сопряжено с некоторыми трудностями: взрослый обвиняемый значительно чаще сам обращается к следователю с заявлением о своей болезни и само болезненное состояние у взрослого часто больше бросается в глаза, у него ярче выражены болезненные симптомы. Несовершеннолетний значительно реже сам заявляет о своей болезни, а его болезненные проявления очень часто остаются нераспознанными, так как производят впечатление простого упрямства, грубости, распушенности, озорства и т. п.

Поэтому судебно-следственным работникам, имеющим дело с несовершеннолетними, необходимо обладать как некоторыми знаниями в области психопатологии детского и подросткового возраста, так и известным практическим опытом.

Прежде всего, необходимо собрать путем опроса родителей (или лиц, их заменяющих) сведения о прошлом подростка (анамнез), в которых должно быть выяснено:

1) как протекало его раннее развитие, во-время ли он начал ходить, говорить;

2) когда он начал учиться, каковы были успеваемость и поведение в школе;

3) какие заболевания он перенес в детстве, не сопровождались ли они мозговыми явлениями — бессознательным состоянием, бредом, судорогами. Не было ли травм головы (ушибов, падения с высоты). Если травмы были, то была ли при этом потеря сознания, рвота или другие болезненные явления. Помещался ли в связи с травмой в больницу;

4) не бывало ли судорожных припадков, возникавших внезапно, без каких-либо других болезненных явлений;

5) не наблюдалось ли выраженных изменений в характере и поведении подростка. Когда они появлялись и в чем выражались. Не было ли странных, нелепых поступков, страхов, внезапного возбуждения;

6) как ведет себя подросток в семье. Каковы его взаимоотношения с членами семьи, с соседями.

Кроме сведений, сообщенных родителями, нужно получить характеристику из школы, если подросток учится, или с производства, если он работает.

Полученные таким путем материалы могут сразу выявить необходимость экспертизы. Так, перенесенные подростком в прошлом травмы головы или заболевания, которые сопровождались мозговыми явлениями, могут быть причиной психических изменений, вызванных органическим поражением мозга. Повторные судорожные припадки, которые возникают без видимых внешних причин, вызывают предположение об эпилепсии. Изменения в характере, странное, нелепое поведение иногда являются выражением душевного заболевания (шизофрении). Задержка раннего развития (позднее развитие речи и ходьбы), плохая успеваемость в школе — характерны для врожденной умственной отсталости (олигофрении). Повышенная возбудимость, раздражительность, драчливость, строптивость, частые конфликты в семье и школе — типичны для психопатов.

Далее, непосредственное знакомство с подростком также может выявить ряд особенностей, указывающих на необходимость экспертизы.

В иных случаях несовершеннолетний обращает на себя внимание с первого же взгляда. Иногда это резкая отсталость в физическом развитии (инфантилизм), когда подросток 15—16 лет имеет вид 9—10-летнего. Часто инфантилизм сочетается с резко негармоничным (диспластическим) телосложением: асимметричное лицо, непропорционально крупное туловище при коротких конечностях, кисти и стопы крупные, грубого строения. Сочетание такого телосложения с вялой землистой бледной кожей, широким уплощенным переносьем, седлообразной формой носа, низким лбом, маленькими, глубоко сидящими, широко расставленными глазами, полулунно выщербленными резцами и неправильной постановкой зубов уже с первого взгляда вызывает подозрение о врожденном сифилисе и в таких случаях наряду с физическими изменениями нередко можно обнаружить и психическую неполноценность — умственную усталость, психопатические черты характера и т. п.

Малоподвижное, маскообразное лицо, редко мигающие глаза, слюнотечение, бледная сальная кожа лица, угловатые, скованные движения, глуховатый, бедный модуляциями голос позволяет сразу узнать подростка, перенесшего эпидемический энцефалит.

Далее, в беседе обычно удается получить достаточно богатый материал для первичной ориентировки: бестолковые ответы, неумение сколько-нибудь связно рассказать о своем прошлом, недостаточность навыков чтения, письма и простейшего счета, несмотря на предыдущее 2—3-летнее обучение в школе — все это характерно для умственно отсталых (олигофренов).

Психопатов характеризуют чрезвычайная неустойчивость, неуравновешенность в поведении, склонность к бурным аффективным реакциям, возникающим зачастую в связи с самыми незначительными причинами. С ними часто трудно сговориться из-за их упрямства, своенравия, неумения считаться с чем бы то ни было, кроме собственных желаний. Их лживость иногда переходит в необузданное фантазерство, их протесты иногда принимают форму попыток к самоповреждению, самоубийству, которые нередко имеют характер демонстративный, рассчитанный на зрителя.

Явно нелепое поведение, странные, вычурные позы, навязчивые движения, однообразные гримасы, многословная, бестолковая речь, сбивающаяся с одной темы на другую, иногда совершенно бессвязная, позволяет распознать больного шизофренией.

Для иллюстрации приведем несколько случаев.

Ч., 12 лет направлен на экспертизу в связи с повторным самоизувечиванием: глубоко порезал левую руку, пытаясь перерезать вену, дважды закладывал под веко кусочки анилинового карандаша, чем вызвал тяжелые ожоги глазных яблок. Все это проделывал в знак протеста против его задержания.

По физическому развитию испытуемый значительно отстает от возраста (соответствует 9 годам), диспластичен (асимметричное лицо, широкое уплощенное переносье, седловидный нос, полулунные вырезки на верхних резцах, неправильная расстановка зубов). На вопросы отвечает отрывисто, хриплым голосом, речь бедна по словарю, примитивна по построению, самые простые логические выводы ему недоступны. Испытуемый очень раздражителен, взрывает, при малейшем неудовольствии плюется, дерется, кусается; в коллективе подростков не уживается, циничен, сексуален. Заключение экспертной комиссии: умственная отсталость, психопатические черты характера на почве врожденного сифилиса. Направлен на принудительное лечение в психиатрическую колонию.

В этом случае бестолковая, недоразвитая речь, непонимание логических доводов, неустойчивость и склонность к аффективным вспышкам, равно как и нелепость самой реакции на арест (самоизувечение), были основанием для направления несовершеннолетнего на экспертизу.

Р., 16 лет, была доставлена в Московский уголовный розыск в связи с хулиганским поведением. Явившись на прием в амбулаторию, отказалась снять галоши в раздевальной и направилась в них в приемную. На замечание санитарки ответила грубой бранью, кричала и скандалила с дежурной сестрой и затем с дежурным врачом, бранилась, угрожала их избить. Приведенная в уголовный розыск, заперлась в уборной, не хотела

выходить, сидела на полу, уткнувшись головой в колени. В кабинете у следователя дала резкую аффективную вспышку, не хотела отвечать на вопросы, кричала, бранила всех окружающих, обвиняла кого-то в несправедливости, в издевательствах над нею. Из ее многословных, порой бессвязных рассказов ничего нельзя было понять. Была направлена на экспертизу. Комиссией установлено душевное заболевание в форме шизофрении. Направлена в психиатрическую больницу.

В данном случае основанием для направления несовершеннолетней на экспертизу явились нелепость поведения, полная недоступность, невозможность договориться, сбивчивая, временами разорванная речь.

Ознакомившись с кратким перечнем симптомов, являющихся основанием для направления несовершеннолетних на судебно-психиатрическую экспертизу, необходимо также остановиться на том, какие виды психических аномалий чаще всего встречаются у несовершеннолетних в судебно-психиатрической практике.

Подростки без выраженных отклонений в нервно-психиатрической сфере составляют приблизительно 10—15% всех несовершеннолетних испытуемых, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, остальные 85—90% обнаруживают различные отклонения в нервно-психической сфере.

Необходимо подчеркнуть, что такое соотношение установлено и характерно только для экспертного материала, который является специально отобранным по признаку психической неполноценности подростков, обратившей внимание судебно-следственных органов. Перенесение таких соотношений на всех несовершеннолетних правонарушителей, встречавшееся в работах фашистских авторов, является совершенно необоснованным и незаконным.

В группе психических аномалий собственно душевные и нервные заболевания (шизофрения, эпилепсия) охватывают не более 8%. Остальные распределяются на три приблизительно равные по численности группы: органические поражения мозга, олигофрения и психопатия.

Тем самым определяется одна из основных особенностей нашего контингента: в подавляющем большинстве случаев мы имеем дело не с движущимся заболеванием, а с стойкими психическими изменениями. Это нарушения в области умственного развития или характера, врожденные либо приобретенные в результате перенесенных в раннем детстве заболеваний.

§ 2. Судебно-психиатрическая оценка отдельных болезненных форм у несовершеннолетних

Критерии невменяемости, изложенные в ст. 11 УК РСФСР, относятся и к несовершеннолетним. Особых критериев для них не имеется. Однако в ряде случаев должно быть учтено, что недостаточное разумение своих действий, неумение в должной

мере руководить ими, являются прямым результатом психической незрелости, в особенности у несовершеннолетних в возрасте от 12 до 14 лет. С другой стороны характер и течение заболевания в этом возрасте таковы, что понятие душевной болезни (медицинский критерий) может быть иногда применено в отношении подростков, в то время как при сходных условиях в отношении взрослого, оно окажется необоснованным. Эта точка зрения принята Советским уголовным правом (учебник «Уголовное право», часть Общая, стр. 130, издание третье, 1943 г.).

Приведенное выше указание о необходимости предъявлять к несовершеннолетним иные, чем к взрослым, требования в смысле норм их поведения приобретает особенное значение в связи с тем, что как раз в переходном возрасте (12—16 лет) темп психофизического развития подростков индивидуально очень различен. Одни развиваются быстрее, другие гораздо медленнее и в некоторых случаях 12—13-летний подросток по своему физическому развитию соответствует не тому возрасту, который указан в его документах, а значительно более раннему.

Такие задержки психофизического развития, так называемый инфантилизм, возникающие вследствие различных причин (нарушения деятельности желез внутренней секреции, органические заболевания мозга и пр.), естественно, требуют не только особого подхода со стороны судебно-следственных органов, но и специальной судебно-психиатрической оценки. Однако возраст, в котором находятся несовершеннолетние испытуемые, влияет не только на особенности их поведения и темп развития, он также значительно видоизменяет клиническую картину и течение нервных и психических заболеваний.

Изучение клинического материала показывает, что одно и то же заболевание, поражая мозг зрелый, протекает иначе, чем тогда, когда оно возникает в мозгу растущем, не закончившем своего развития. Последствия заболевания у ребенка могут быть тяжелее, чем у взрослого, так как у ребенка к ущербу, причиненному болезнью, часто присоединяется психическая недостаточность, вызванная задержкой и нарушением развития. Возможны и обратные соотношения: интенсивные процессы роста и развития детского мозга могут в иных случаях в значительной степени компенсировать изменения, вызванные болезнью, и дать более полное восстановление, чем то, которое возможно для людей взрослых.

Таким образом, отличие судебно-психиатрической оценки различных болезненных форм у несовершеннолетних в основном определяется особенностями клинических проявления и течения психических аномалий в подростковом возрасте.

Судебно-психиатрическая оценка случаев, объединенных одним и тем же диагнозом, может быть очень различна. Так, если распределить группу психопатов по степени выраженности психических

аномалий, то на одном конце этого ряда мы встретим сравнительно малые отклонения от нормы — неустойчивых, раздражительных, внушаемых и других, тогда как противоположный полюс составят личности резко патологические. Поэтому, хотя в подавляющем большинстве случаев наличие психопатий не дает основания для заключения о невменяемости, тем не менее встречаются и тяжелые психопаты, которые по своим проявлениям настолько приближаются к душевнобольным, что не могут быть признаны вменяемыми.

Следующий случай служит примером таких психопатов, которые должны быть признаны невменяемыми и подлежат лечению в психиатрических учреждениях.

С., 13 лет, направлен в отделение для несовершеннолетних Института им. Сербского из школы ФЗУ с указанием на крайнюю недисциплинированность, агрессивность, отказ от учебы и работы. В семейном анамнезе — сифилис у отца. О прошлом испытуемого, со слов его матери, известно, что с раннего возраста (с 3—4 лет) он с трудом поддавался воспитанию: двигательно возбужден, капризен, неуживчив, злобен. Детский сад не мог с ним справиться: он постоянно нарушал режим, избивал детей и персонал, убегал. В школе испытуемый также пробыл недолго, не хотел учиться, нарушал дисциплину, избивал учащихся. Из школы был исключен. Неоднократно мальчика помещали в детские дома, но он убегал. С девяти лет начал воровать, часто по неделям бродяжничал, не раз возвращался домой пьяным. Имеет много приводов, в связи с последним правонарушением был помещен в школу ФЗУ до исправления.

Физическое развитие подростка соответствует его возрасту, телосложение диспластическое, широкое уплощенное переносье, седловидный нос. Интеллект нерезко снижен, очень низкий уровень школьных знаний (очень плохо читает, писать не умеет). Настроение крайне неустойчивое; по малейшему поводу испытуемый дает резкие аффективные вспышки, краснеет, выступает обильный пот, плюется, дерется, кусается, цинично бранится. Он очень груб, требователен, жаден, всем недоволен. Режиму совершенно не подчиняется, ничем не хочет заниматься, договориться с ним не удается. В коллективе подростков не удерживается из-за постоянных конфликтов, возникающих вследствие его грубости и драчливости. Даже в беспокойном отделении очень труден, избивает персонал и больных. В течение двухмесячного пребывания в Институте никаких изменений в поведении его отмечено не было. Экспертной комиссией признан тяжелым психопатом, подлежащим принудительному лечению и содержанию в психиатрической колонии.

Следует иметь в виду, что период полового созревания, часто протекающий у психопатов тяжело и длительно, может резко заострить психопатические черты, повысить возбудимость и неустойчивость, сделать более резкими колебания настроения. Таким образом, создается как бы фаза, особый период в развитии психопатической личности, в котором ее недостаточность проявляется особенно интенсивно, что и заставляет подходить к решению вопроса о вменяемости таких подростков с особой осторожностью. Заключение о невменяемости в таких случаях, естественно, не могут считаться окончательными и неизменными, а подлежат пересмотру, если имеется по вторное направление на экспертизу по вновь возникшему делу.

Судебно-психиатрическая оценка группы олигофрений также неодинакова. Умственная отсталость легкой и средней степени не дает основания для признания испытуемого невменяемым. Только значительная степень малоумия (имбецильность, идиотия), делающая субъекта неспособным к осмыслению своих действий и поступков, равно как и вытекающих из них последствий, требует признания его невменяемым. Однако для судебно-психиатрического заключения об умственно-отсталом недостаточно установления только степени его интеллектуальной дефектности, нужно учесть и другие моменты: его внушаемость, обуславливающую особенную чувствительность ко всяким извне идущим явлениям, его пониженную возможность разумного руководства своим поведением, его затрудненное приспособление к жизненным требованиям и т. п. Поэтому нет и не может быть однотипного решения: при легкой или средней умственной отсталости — вменяем, при тяжелой — невменяем. В каждом отдельном случае нужен анализ конкретной ситуации, различных внешних влияний, состояния самого испытуемого в момент правонарушения, и, лишь учитывая совокупность всех этих моментов, можно решить вопрос о вменяемости.

К., 17 лет, обвиняется в краже облигаций и носильного платья. На экспертизу направлен в связи с покушением на самоубийство во время пребывания в месте лишения свободы. Родных испытуемого в Москве нет, и поэтому о прошлом его имеются лишь очень скудные сведения, полученные с его слов. О раннем детстве и перенесенных заболеваниях он ничего не помнит, сообщает лишь о том, что ученье ему давалось с большим трудом, он по несколько лет оставался в одном классе, а затем совсем бросил школу. Много раз пытался устроиться на работу, но нигде не удерживался: плохо соображал и медленно работал. Под влиянием своих товарищей начал воровать и пьянствовать. Физическое развитие испытуемого соответствует его возрасту. Резко диспластичен, речь недоразвита, шепелявит, говорит невнятно. Интеллект значительно снижен. Настроение неустойчивое, вспыльчив, плаксив, обидчив. Работает неохотно, осваивает лишь чисто механические процессы (натирание полов, клейку, шкурение); трудовые операции, требующие сообразительности, не удаются. Крайне упрям, режим постоянно нарушает, неуживчив, ссорится и дерется с подростками. В знак протеста против помещения в институт несколько раз пытался удавиться полотенцем, закладывал кусочки анилинового карандаша под веко. Помещенный в психиатрическую колонию, убежал оттуда, снова был задержан за кражу и повторно направлен в институт. Экспертной комиссией был признан глубоко умственно отсталым (имбецилом), подлежащим принудительному содержанию в психиатрической колонии.

Особенное разнообразие и сложность в отношении судебно-психиатрической оценки представляет группа органических заболеваний центральной нервной системы.

Здесь наряду со сравнительно малыми психическими изменениями даже при очень тяжелых заболеваниях (например, при сифилисе мозга), встречаются и глубокие изменения вплоть до

полного слабоумия и распада личности. Естественно, что и судебно-психиатрическая оценка случаев различна. При решении вопроса о вменяемости (и вытекающих отсюда необходимых медицинских мероприятиях) имеет значение не только глубина психических изменений, но и характер заболевания, его течение, темп психического снижения, неизбежного при подобных заболеваниях. В отличие от предыдущей группы (олигофрений) здесь далеко не всегда идет речь о субъектах слабоумных. Нередко заболевание изменяет, главным образом, характер подростка, делает его крайне неуживчивым, взрывчатым, назойливым, сексуальным, жадным и т. п. Наиболее ярко выражены это особенности у подростков, перенесших эпидемический энцефалит. Эта группа испытуемых представляет наибольшие трудности в отношении судебно-психиатрической оценки. Сравнительно сохранный интеллект в некоторых случаях позволяет им правильно ориентироваться в окружающей среде и часто используется ими при организации и осуществлении правонарушений, имеющих в связи с этим характер обдуманных действий, — обстоятельство, дающее основание говорить об их вменяемости.

Примером тяжелого органического поражения центральной нервной системы может служить следующий случай.

Г., 16 лет, поступила в отделение для несовершеннолетних Института им. Сербского из школы ФЗУ в связи с отказом от работы и учения, повышенной возбудимостью, частыми драками. Так как родные ее в Москве не проживают, то сведения о ее прошлом, полученные с ее слов, крайне скудны. Рассказывает, что в возрасте 8—9 лет ушла из дома, с тех пор бродяжничает, занимается мелкими кражами, пьет. Ее много раз помещали в детские дома, но она убегала, так как не хотела учиться и работать; учение ей всегда давалось плохо. По физическому развитию испытуемая выше своего возраста, диспластична, отмечается значительное ожирение. Имеется ряд симптомов, свидетельствующих об органическом поражении центральной нервной системы (неправильная форма и неравномерность зрачков, вялая их реакция на свет, неравномерность коленных рефлексов и др.). Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости положительна. Интеллект резко снижен, к обучению испытуемая совершенно неспособна. Настроение вялое, апатичное, безразлично относится ко всему окружающему, весь день лежит в постели. Периодически без видимых причин возбуждается, становится назойливой, раздражительной, цинично бранится, дерется, кусается. Экспертной комиссией установлено органическое поражение центральной нервной системы (сифилис мозга). Испытуемая направлена в психиатрическую колонию.

Наиболее однородна судебно-психиатрическая оценка подростков, страдающих процессуальными душевными заболеваниями (шизофрения). Эти болезни в детском и подростковом возрасте обычно протекают очень тяжело и дают значительный психический дефект, в связи с чем такие больные, как правило, признаются невменяемыми.

§ 3. Экспертиза несовершеннолетних свидетелей и потерпевших

В отношении этой группы несовершеннолетних экспертиза также должна ответить на два вопроса: 1) является ли испытуемый личностью психически полноценной и 2) можно ли доверять его показаниям.

Ответ на первый вопрос дает психо-неврологическое обследование несовершеннолетних; поэтому мы остановимся на втором вопросе — вопросе о достоверности показаний несовершеннолетних.

Всякое показание с точки зрения психологической представляет собой воспоминание, т. е. воспроизведение прежде полученных впечатлений, точность и правильность которого зависит от полноты и яркости пережитых восприятий, от способности к их фиксации (собственно памяти) и от способности воспоминания, т. е. произвольного восстановления в сознании пережитого и умения выразить свое воспоминание словами.

Однако воспринятое и пережитое не хранятся памятью пассивно и неизменно, подобно отпечатку на фотопластинке. Его содержание и точность находятся в большой зависимости от последующей психической переработки. Каждое явление, каждый факт, нами осознанный, вызывает в нас к нему определенное отношение (положительное, отрицательное или безразличное), осваивается нами и определенно оценивается. Таким образом, каждое показание имеет свою «историю», на формирование которой влияют, с одной стороны, особенности личности самого дающего показания, а с другой — та обстановка, в которой происходило событие, отношение к нему окружающих, толки и слухи, возникшие в связи с этим событием. Эти внешние влияния составляют второй фактор «истории» показания, и удельный вес их тем больше, чем более внушаема личность свидетеля и чем большее впечатление произвело событие, чем больше слухов и толков оно вызвало. Наконец, третьим фактором «истории» показания являются влияния, возникающие при самом опросе: его обстановка, форма задаваемых вопросов, способ фиксации полученного материала. Таким образом, при оценке достоверности показаний должны быть учтены три момента:

- 1) особенности личности дающего показания;
- 2) условия, в которых воспринимались и перерабатывались впечатления, составляющие содержание его показаний, так называемая «атмосфера дела»;
- 3) способ собирания этого материала, т. е. форма опроса, его повторность, точность записи полученных высказываний.

1. Особенности личности дающего показания

Одним из основных условий, определяющих достоверность сообщенных сведений, является степень психической полноценности данного лица. Значительное слабоумие, душевные заболевания, сопровождающиеся бредом, галлюцинациями, измененным сознанием, состояния отравления (алкогольного и др.) — все это может настолько изменить восприятие окружающей среды и их оценку, что сведения, сообщаемые такими лицами, не могут быть приняты во внимание. Однако нужно предостеречь от огульного отрицания всякой ценности показаний лиц психически аномальных. Конечно, сами по себе, как единственный материал для построения заключения, эти показания недостаточны, но они должны быть учтены и проверены при расследовании дела, так как в ряде случаев и психически больные могут дать правильные сведения.

Кроме психических аномалий, на достоверность показаний значительное влияние оказывают также возрастные особенности. Здесь мы отметим лишь те моменты, которые особенно резко сказываются на достоверности показаний.

Прежде всего на достоверность показаний оказывают влияние неполнота и неточность восприятия и воспроизведения, свойственные детскому и подростковому возрасту, сочетающиеся со склонностью к вымыслу и фантазированию.

Даже в упрощенной обстановке психологического эксперимента дети и подростки воспроизводят предложенный им материал чрезвычайно неполно. Между тем при опросе ребенка или подростка об имевшем место событии мы предлагаем ему вспомнить о чем-то очень сложном, к тому же часто довольно давно прошедшем, после которого имели место многие другие события и переживания. Возможность неполноты воспоминаний чрезвычайно велика, и, что еще важнее, велика также вероятность, что не были восприняты или позабылись многие существенные, значительные для дела моменты, а вспоминаются побочные, незначительные факты, оценка которых в связи с незнанием первых может быть совершенно неверной.

Неточность показаний несовершеннолетних в значительной степени усугубляется еще их склонностью к вымыслу и фантазированию. Описывая в своих показаниях события и детали, которых в действительности не было, они при этом далеко не всегда действительно лгут, т. е. намеренно искажают действительность. Очень часто эти неверные сведения даются ими совершенно чистосердечно и добросовестно, им кажется, что рассказываемое ими действительно происходило. Особенно часто возникают такие показания в тех случаях, когда предлагаемые вопросы обнаруживают пробелы в их воспоминаниях и они, «как будто бы припоминая» те или иные моменты, в сущности их вновь продуцируют, руководясь есте-

ственными логическими заключениями, тем, что «так могло быть» в описываемых ситуациях.

Собственно говоря, эти элементы показаний правильнее было бы назвать не вымыслом, а домыслом, так как они возникают вторично, дополняя действительные воспоминания. Соответствие этих искусственно продуцированных элементов показаний с контекстом, который они дополняют, настолько велико, что они производят впечатление наиболее достоверных и могут дать совершенно ложное направление толкованию всего материала.

Особенно значительна неточность воспоминаний в тех случаях, когда содержание их эмоционально окрашено. Роль эмоции в процессе запоминания и переработки впечатлений очень велика.

Большое влияние на достоверность показаний несовершеннолетних оказывает также их повышенная внушаемость, степень которой находится в тесной связи как с возрастом (чем моложе ребенок, тем он более внушаем), так и с индивидуальными особенностями. Вследствие этого ребенок и подросток оказываются особенно чувствительными к тем толкам, пересудам и случаям, которые возникают в связи с событиями, и роль этого факта в истории развития их показаний оказывается очень значительной.

2. «Атмосфера дела»

Событие, послужившее основанием к возбуждению дела, естественно, вызывает среди населения квартиры, дома и двора, где оно произошло, оживленный обмен мнениями по поводу предполагаемых виновников, причин, его вызвавших, и обстоятельств, в которых оно происходило. Начинаются воспоминания о том, кто что видел и слышал в предшествовавшие событию отрезки времени, создаются всякие построения о том, «как это могло случиться», и таким образом возникает «общественное мнение» как определенная психологическая среда, в которой формируются впечатления и воспоминания отдельных лиц. Понятно, что особенно чувствительным к этому мнению оказываются несовершеннолетние, которым суждения старших, естественно, кажутся очень убедительными и авторитетными.

Исключительно много толков и разговоров возникает обычно в тех случаях, когда правонарушение носит сексуальный характер, особенно когда потерпевшими оказываются несовершеннолетние. Возмущение родителей, соболезнования и просто любопытство соседей и знакомых создают при этом такую эмоциональную напряженность, в которой самые невероятные факты кажутся правдоподобными, а реальное и существенное может ускользнуть из поля зрения не только детей, но и взрослых.

В многолюдном московском дворе каждое утро в течение 15—20 минут стоял автомобиль, приехавший за одним из жильцов дома. Шофер

этой машины очень ласково относился к ребятам, игравшим во дворе, сажал их на колени, разрешал влезать в автомобиль, иногда даже катал вокруг дома. Как-то вечером одна шестилетняя девочка, живущая в этом дворе, сказала матери, что «дядя шофер» гладил ее «по ножкам». В связи с чем и по какому поводу она это сказала, из следственного материала не видно. Внимательная мать начала ее расспрашивать о подробностях и выяснила, что «дядя» гладил ее не только по ножкам, но и клал руку на колени и выше, поднимая при этом юбку, и что при этом были другие девочки, которым он делал то же самое. Взмолвленная мать немедленно отправилась в квартиру одной из названных девочек, рассказала о своих подозрениях ее матери, и вдвоем они начали расспрашивать ребенка (8 лет), который уже лежал в постели, так как было 10 часов вечера. Вторая девочка подтвердила рассказ первой и назвала еще несколько девочек, с которыми «он делал то же самое». Встревоженные матери отправились по указанным адресам, и в течение всего вечера в пяти квартирах этого дома родители до 12 часов ночи спрашивали своих малолетних дочерей о действиях «дяди шофера». Мать девочки, впервые сообщившей о поступках шофера, решила сама проследить за ним.

На другой день, когда автомобиль стоял у подъезда и несколько девочек, как всегда, влезли в кабину, она незаметно подошла к машине и, заглянув в заднее окошко, увидела, что шофер действительно держал руку под юбкой девочки, сидевшей с ним рядом. Это ее настолько возмутило, что она с криком бросилась к передней дверце, распахнула ее и велела девочке выйти. Шофер «страшно растерялся и поднял обе руки вверх», девочки также испугались и не хотели вылезать. Тогда она насильно стала вытаскивать из машины девочек, которые при этом громко плакали и сопротивлялись. Окончательно убежденная в виновности шофера, женщина написала и отнесла в милицию заявление, послужившее основанием для возбуждения дела. Через три дня (!) девочки были опрошены. Материалы дела, конечно, не отражают тех разговоров и переживаний, которыми эти три дня были, несомненно, очень богаты.

Анализируя показания этих детей (собранные, к слову сказать, очень неправильно: девочки опрашивались в присутствии матерей, две из них даже в присутствии друг друга), можно было прежде всего установить, что ни одна из них не говорила о том, что дядя трогал ее лично, но каждая совершенно уверенно называла имена двух-трех своих подруг, подвергшихся покушениям шофера, и утверждала, что она сама это видела. Названные же подруги также не говорили о себе, а называли имена других.

Далее, говоря о действиях шофера, которые даже по их показаниям ограничивались тем, что он обнимал их, сажал на колени, клал руку на колени (все девочки в возрасте 6, 7 и 8 лет), девочки сообщали: «хотел поднять юбку», т. е. давали не факт, а его интерпретацию.

Проверка «наблюдения» матери-обвинительницы установила, что из заднего окошка автомобиля невозможно увидеть, где находится рука сидящего на первом сидении человека. Сведения же, собранные о шофере, дающего на первом сидении человека, хорошего работника, хорошего человека, характеризовали его как честного человека, хорошего работника, хорошего семьянина и нежного отца трехлетнего ребенка, как человека, действительно очень любящего ребят и всегда ласково к ним относившегося. Дело за недоказанностью обвинения было прекращено.

В приведенном случае показания детей, на первый взгляд очень убедительные (все «сами видели»), несомненно, были созданы атмосферой волнения, возбуждения родителей, впечатлениями, черпавшимися из разговоров и особенно подогретыми скандалом, разыгравшимся во дворе, когда возмущенная мать вытаскивала из автомобиля громко кричавших и плакавших ребят.

3. Влияние опроса на достоверность свидетельских показаний

Неполнота и неточность высказываний несовершеннолетних и их чрезвычайная чувствительность к внешним влияниям требуют особой тщательности, осторожности и продуманности от лица, ведущего опрос и фиксирующего показания. Если предупреждение и устранение тех влияний, которые оказывают на формирование показаний несовершеннолетних внешняя среда и настроения окружающих, лежат за пределами возможностей судебно-следственных органов, то прямой их обязанностью является предупреждение тех искажений, которые создаются неправильно проводимым опросом, неточной фиксацией получаемых высказываний, неполнотой материала.

Два основных требования предъявляются экспертом к следственному материалу: он должен быть полным и точным, без чего невозможно судить о достоверности показаний. Полнота материала обеспечивается собиранием как сведений, относящихся непосредственно к самому правонарушению, так и сведений, характеризующих лиц, дающих показания. В отношении взрослых свидетелей необходимые об их личности сведения фиксируются в анкете опросного бланка (профессия, партийность, семейное положение, судимость). Большая часть этих вопросов в отношении несовершеннолетних, естественно, является непригодной, и в практической работе они либо опускаются, либо, если их механически заполняют, звучат бессмысленно-формально; странно, например, читать в протоколе опроса, что 12-летний свидетель не женат, в профсоюзе не состоит, на воинском учете не числится. Однако непригодность этих вопросов, конечно, не означает, что никаких сведений о личности несовершеннолетнего свидетеля собирать не нужно. Необходимо выяснить уровень его школьных знаний, успеваемость, участие в пионерской работе, условия бытовые и семейные. То, что в отношении взрослого дает характеристика с места его службы, в отношении учащегося должна дать школьная характеристика. Наряду с подробным освещением личности несовершеннолетнего свидетеля необходимо такое же тщательное изучение и освещение всей обстановки дела, без которого эксперт не может судить о правдоподобности самих показаний и анализировать мотивы их искажений.

12-летняя девочка обвинила своего отчима в совершении в отношении нее развратных действий. В своих показаниях девочка так детально и в таких выражениях описывала сексуальные действия отчима, что не возникало сомнения в том, что такие действия имели место: ребенок, обладающий такими сведениями в области сексуальных отношений, мог их получить только от взрослого и к тому же достаточно развращенного партнера. И если бы ограничиться только следственными материалами, то никаких сомнений и не возникло бы, тем более что девочка при неоднократном опросе упорно повторяла одно и то же. Лишь тогда, когда мать

запуга
правду
делал
Сл
выясн
тери
недост
девочк
и слад
должна
всякий
ушибет
неприя
лишняя
отчима
был к
не раз
ниться
Неп
бабушки
ложени
лила да
получен
ниям бо
оговора,
приятне
о том,
рицатель
желает
свещени
териале,
отношени
Полн
в тесно
того, чт
1) он
2) пред
из них
стью не
водящие
нолетнег
точно, д
впослед
Как с
вополож
нолетним
его к ис
невозмо
если у о
найден н
сведения.
Если с
шеннолет
15*

запугала ее, что в московском институте врачи «по глазам» узнают правду, девочка изменила свои показания и сказала, что все это с ней делал не отчим, а какой-то «дядя Ваня».

Следователь направил девочку на экспертизу, и при личном опросе выяснилось следующее: девочка живет в семье, состоящей из отчима, матери и двухлетнего братишки (сына матери и отчима). Отношение к ней недостаточно внимательное: отец с матерью и братишка имеют кровати, девочка спит на полу; маленького брата балуют, покупают ему игрушки и сладости, она же их не получает; все свободное от школы время она должна нянчить братишку, причем с нее очень строго взыскивают за всякий недосмотр, бранят и даже поколачивают, если малыш упадет или ушибется. Отчим — человек строгий, требовательный, к девочке относится неприязненно, мать с нею также не особенно ласкова. Короче, девочка — лишняя в семье отчима, и ей это дают чувствовать. До перехода в семью отчима девочка жила у бабушки, где сосед по комнате, «дядя Ваня», был к ней очень ласков, дарил ей сладости и игрушки и, по ее словам, не раз ее «трогал». Об этом же «дяде Ване» известно, что он хотел жениться на матери девочки до того, как она вышла замуж вторично.

Неполнота следственного материала — отсутствие опроса «дяди Вани», бабушки и жильцов ее квартиры, отсутствие объективных сведений о положении девочки в семье и ее взаимоотношениях с родными — не позволила дать окончательное заключение о достоверности ее показаний до получения дополнительного материала. Однако даже по имевшимся сведениям более правдоподобной кажется интерпретация этих показаний как оговора, возникшего у девочки, несомненно сексуально направленной, неприязненно относящейся к отчиму. Не лишено вероятия и предположение о том, что оговор был инспирирован «дядей Ваней», который также отрицательно относится к своему одержавшему верх сопернику и, возможно, желает таким образом отвести от себя подозрение в «сексуальном просвещении» девочки. Отчим, по сведениям, имеющимся в следственном материале, рисуется человеком очень принципиальным, строгим, в половом отношении сдержанным.

Полноценность получаемых при опросе сведений находится в тесной зависимости от того, как был проведен опрос. Для того, чтобы опрос не вносил никаких искажений в показания: 1) он должен производиться в благоприятной обстановке; 2) предлагаемые вопросы должны быть тщательно обдуманы, из них должно быть устранено все, что в связи с внушаемостью несовершеннолетнего может изменить его показания (наводящие, подсказывающие вопросы); 3) как ответы несовершеннолетнего, так и вопросы, ему предлагаемые, должны быть точно, дословно зафиксированы в протоколе, чтобы эксперт впоследствии мог их проанализировать.

Как официальный, сухой тон опрашиваемого, так и противоположное ему фальшивое сюсюканье в беседе с несовершеннолетним отнюдь не внушают ему доверия и не располагают его к искренним и обстоятельным высказываниям. Поэтому невозможно получить сколько-нибудь пригодный материал, если у опрашивающего не установлен достаточный контакт, не найден нужный подход к ребенку или подростку, дающему сведения.

Если опрос ведется правильно и налажен контакт с несовершеннолетним, наиболее непосредственные и искренние высказы-

вания получают при разговоре с глазу на глаз, наедине с опрашиваемым. Поэтому нужно с большой осторожностью относиться к присутствию третьего лица во время опроса, будет ли это специально приглашенное лицо (врач, педагог) или кто-либо из родителей ребенка. В первом случае, если третье лицо присутствует в качестве пассивного слушателя, не вмешиваясь в опрос, его нужно удалить из поля зрения несовершеннолетнего (посадить за другой стол, где он как будто занят своим делом и его присутствие в комнате не связано с опросом); если же оно принимает участие в опросе, его вопросы должны быть заранее согласованы и не должны идти вразрез с манерой и формой опроса следователя. Безусловно предпочтительнее, чтобы опрос вело одно лицо, будет ли это следователь или эксперт-специалист, так как опрос, ведущийся несколькими лицами, всегда напоминает «допрос», а не свободный разговор и не располагает к откровенности.

Особенного внимания требует вопрос о присутствии родителей при опросе несовершеннолетних. Этого вообще нужно по возможности избегать, так как выражение лица, случайный утвердительный кивок головой или улыбка матери могут оказать определенное влияние на высказывания ребенка, не говоря уже о том, что довольно редко встречается такая выдержанность в поведении родителей, которая гарантирует ведущего опрос от их непосредственного вмешательства в разговор в самый неподходящий момент. Поэтому, если присутствие родителей в иных случаях неизбежно (чаще всего, когда сведения дают маленькие ребята 5—6 лет, которые «боятся без мамы»), то их нужно помещать вне поля зрения ребенка, так, чтобы они не могли влиять на него ни мимикой, ни жестами. Нужно также учесть и влияние в иных случаях присутствия родителей на откровенность высказывания несовершеннолетнего.

Так, например, мальчик 14½ лет, дававший показания по поводу развратных действий педагога, опрашивался в присутствии своей матери. Тем самым была создана обстановка, очень мало располагающая к откровенным высказываниям, так как меньше всего мальчики-подростки склонны беседовать на сексуальные темы в присутствии матерей, — факт достаточно общеизвестный, но, к сожалению, не учтенный следователем.

Опрос несовершеннолетних, производимый следователем, как правило, является не первым опросом, и это обстоятельство должно быть учтено и правильно расценено. Обычно, пока дело дойдет до судебно-следственных органов, многие лица — родители, педагоги, соседи и т. д. — опрашивают несовершеннолетних и следователь при своем опросе получает по существу уже очень «испорченный» материал, так как в действительности он только впервые фиксирует показания, данные, быть может, в четвертый или в пятый раз.

На
детеля
«Что
должн
фиров
сохран
Воп

бодног
ально.
связно
ром со
самосто
Такое
в даль
даже с
же свид
Бол
жание,
Обш
ная рол
говорит
быть со
möglich
вет.

Как
дан вопр

В дел
одного и
интеллек
тель спор
нии врач
назвать п
«Где стои
ближе к
«Какая о
ная, резна
ные?» — «К
какой под
мой вопро
вить внуш

А меж
столе это
имело бы
было бы
искренние
тельная п
менты под
Из вы

Наибольшую ценность представляет свободный рассказ свидетеля о событии, который он обычно дает в ответ на вопрос: «Что ты знаешь об этом деле?». Запись свободного рассказа должна быть по возможности дословной (хорошо бы стенографировать показания), и во всяком случае эта запись должна сохранить характер и стиль речи несовершеннолетнего.

Вопросы, предлагаемые опрашиваемому по окончании свободного рассказа, и его ответы должны быть записаны текстуально. Ни в коем случае не следует все ответы излагать в виде связного, подчас литературно оформленного «рассказа», в котором совершенно невозможно понять, давались ли эти сведения самостоятельно или явились ответом на предложенные вопросы. Такое «литературное оформление» лишает нас возможности в дальнейшем не только сличать показания различных лиц, но даже сравнивать разновременно данные показания одного и того же свидетеля.

Большое влияние на показание оказывает не только содержание, но и самая форма предлагаемого вопроса.

Обширная судебно-психиатрическая литература, посвященная роли внушаемости в формировании свидетельских показаний, говорит о том, что вопрос, предлагаемый свидетелю, должен быть сформулирован в нейтральной форме, исключающей возможность внушения, подсказа, наведения на определенный ответ.

Как велико влияние на ответ формы и тона, в которых задан вопрос, показывает следующий случай.

В деле по обвинению педагога П. в развращении учащихся в качестве одного из свидетелей выступает В., 15-летний мальчик с нормальным интеллектом, хорошо успевающий в школе, общительный, веселый, любитель спорта, веселой компании, несколько неустойчивый. При обследовании врач-психиатр предлагает ему отвернуться от письменного стола и назвать предметы, стоящие на нем. Затем, уверенным тоном спрашивает: «Где стоит деревянная подставка для карандашей и ручек, у стены или ближе к краю стола? Немного подумав, мальчик отвечает: «У стены». — «Какая она?» — «Кустарной работы». — «Резная или гладкая?» — «Красная, резная». — «Какие в ней карандаши и ручки — красные, синие, зеленые?» — «Красный карандаш и черная ручка». В действительности же никакой подставки на столе не было, а все ответы были подсказаны формой вопросов, намеренно сформулированных таким образом, чтобы выявить внушаемость подростка, для чего эксперимент и был произведен.

А между тем, если бы это был не эксперимент и наличие на столе этой подставки, столь подробно описанной «очевидцем», имело бы какое-то значение для дела, то таким образом можно было бы получить абсолютно неправильные, хотя и совершенно искренние показания. Поэтому нужна очень большая предварительная продуманность вопросов, исключающая из них все элементы подсказа и внушения.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1) Показания несовершеннолетних неполны, неточны и чрезвычайно изменчивы. Поэтому они должны всегда тщательно проверяться другими объективными данными.

2) Собираение этих показаний требует как специальных сведений в области психологии и психопатологии детского возраста, так и большого опыта и такта. Поэтому ведение следствия, в котором фигурируют несовершеннолетние, должно поручаться достаточно опытным и подготовленным работникам.

В тех случаях, когда выявляется необходимость в помощи эксперта-психиатра, он должен принимать участие с самого начала ведения дела, а не получать недостаточный материал и затем прибегать к передопросам. Необходимость привлечения эксперта на основании изучения материала, собранных сведений о несовершеннолетних, опросов взрослых свидетелей должна быть установлена до опроса самих несовершеннолетних.

«СУДЕБ ЗАКОН

1. ИЗВЛЕ ПРОЦЕСС

Порядо

Эксперт
рассмотрен
или ремесл

Пр

ния пр

определ

случаях

сомнени

Пр

ляется

миссари

здорово

Следова
обстоятельст
смотрения д
терпевшему
зательств, е
ствуют, могу

При выз
требования
может вызва
может посл
эксперта нево

В случае
неполной, сле
тайству обвин

* К § 1 г

ПРИЛОЖЕНИЯ К ГЛАВЕ II

«СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СССР, ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О НЕЙ И ЕЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ»

1. ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИЗ УГОЛОВНОГО КОДЕКСА РСФСР И УГОЛОВНО- ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА РСФСР ПО ВОПРОСАМ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы ¹

Ст. 63 УПК

Эксперты вызываются в случаях, когда при расследовании или при рассмотрении дела необходимы специальные познания в науке, искусстве или ремесле.

Примечание 1. Вызов экспертов обязателен для установления причин смерти и характера телесных повреждений, а также для определения психического состояния обвиняемого или свидетеля в тех случаях, когда у суда или у следователя по этому поводу возникают сомнения.

Примечание 2. Порядок вызова и дачи экспертизы определяется в этих случаях особой инструкцией, издаваемой Народным комиссариатом юстиции по соглашению с Народным комиссариатом здравоохранения.

Ст. 112 УПК

Следователь направляет предварительное следствие, руководствуясь обстоятельствами дела, в сторону наиболее полного и всестороннего рассмотрения дела. Следователь не вправе отказать обвиняемому или потерпевшему в допросе свидетелей и экспертов и в собирании других доказательств, если обстоятельства, об установлении которых они ходатайствуют, могут иметь значение для дела.

Ст. 169 УПК

При вызове экспертов число их определяет следователь. В случае требования обвиняемого, следователь помимо избранных им экспертов может вызвать и эксперта, указанного обвиняемым; отказ в таком вызове может последовать, если следователь признает, что вызов указанного эксперта невозможен, или же грозит затянуть предварительное следствие.

Ст. 174 УПК

В случае признания следователем экспертизы недостаточно ясной или неполной, следователь вправе по собственной инициативе или по ходатайству обвиняемого назначить по мотивированному своему постановлению

¹ К § 1 главы II.

производство новой экспертизы, причем для производства медицинской экспертизы требование о новых экспертах направляется в соответствующие губернские или уездные органы Народного комиссариата здравоохранения.

Ст. 193 УПК

Для осмотра и вскрытия трупов, для освидетельствования потерпевшего и обвиняемого и в других случаях, где требуется медицинская экспертиза, следователь приглашает судебно-медицинских экспертов через губернские отделы здравоохранения.

В случае затруднительности такого вызова вызывается ближайший врач.

Ст. 202 УПК

Предварительное расследование приостанавливается: а) в случае неизвестности пребывания подсудимого и б) в случае его психического расстройства или иного удостоверенного врачом, состоящим на государственной службе, тяжелого болезненного состояния.

Расследование приостанавливается только в тех случаях, когда им добыты данные для предъявления обвинения. Если же такие данные не добыты, дело не приостанавливается, а прекращается.

Производящий расследование составляет постановление с описанием сущности дела и обстоятельств, влекущих приостановление расследования.

Ст. 239 УПК

Вопросы о допущении и назначении защиты, о вызове свидетелей и экспертов в судебное заседание, ходатайства сторон после поступления дела в суд, а также вопросы об оплате экспертизы и судебных издержках в случаях прекращения дела до суда разрешаются окончательно председательствующим по делу единолично.

Ст. 253 УПК

Стороны, заявляя ходатайство о вызове свидетелей и экспертов и об истребовании других доказательств, должны указать, в разъяснение каких обстоятельств вызываются свидетели и эксперты и требуются другие доказательства. Ходатайства сторон должны быть удовлетворены, если обстоятельства, подлежащие выяснению, могут иметь значение для дела (ст. 113 Уголовно-процессуального кодекса). В тех случаях, когда ходатайство стороны будет отклонено, основания отказа должны быть изложены в мотивированном определении суда.

Ст. 254 УПК

Народный суд, признав, что обстоятельства, о разъяснении которых ходатайствуют стороны, могут иметь значение для дела, не вправе отказать в вызове свидетелей и экспертов и в истребовании других доказательств для выяснения данных обстоятельств.

Ст. 256 УПК

По делам, по которым не производилось предварительное следствие или дознание и не состоялось предание суду прокурором, народный судья вправе, ранее назначения дела к слушанию, вызвать обвиняемого и разъяснить ему сущность предъявляемого обвинения, опросить обвиняемого, ходатайствует ли он о вызове свидетелей и экспертов и об истребовании других доказательств.

Опрос обвиняемого и сделанные им заявления заносятся в протокол. Ходатайства, заявленные обвиняемым, рассматриваются и разрешаются в порядке, указанным в ст. ст. 253 и 254 Уголовно-процессуального кодекса.

Ст. 272 УПК

После разрешения вопроса о возможности слушать дело в отсутствие неявившихся свидетелей и экспертов суд опрашивает стороны об имеющихся у них ходатайствах о вызове новых свидетелей и экспертов, кроме тех, которые уже вызваны в судебное заседание, и об истребовании других доказательств или о приобщении таковых доказательств, имеющихся на руках у сторон.

Стороны, заявляя таковые ходатайства, обязаны указать, в разъяснение каких обстоятельств вызываются новые свидетели и эксперты и истребуются новые доказательства. Ходатайства эти разрешаются судом, согласно правилам ст. ст. 253 и 254 Уголовно-процессуального кодекса, причем предварительно должны быть заслушаны заключения противной стороны. Разрешение заявленных сторонами на основании настоящей статьи ходатайств не ограничивает прав сторон на заявление тех же или иных ходатайств во все время судебного следствия в зависимости от хода его.

Ст. 273 УПК

В тех случаях, когда вызов новых свидетелей и экспертов или истребование других доказательств будет признано судом необходимым, суд вправе либо отложить дело слушанием, либо предоставить сторонам право без перерыва слушания дела доставить свидетелей и экспертов и представить другие доказательства средствами сторон.

Разрешение ходатайств, заявленных сторонами, а равно и разрешение вопроса об отложении дела или о слушании его разрешается судом, независимо от того, заявлены ли эти ходатайства впервые в судебном заседании или ранее того, а также независимо от того, были ли эти ходатайства ранее уже отклонены в распорядительном заседании.

Ст. 322 УПК

Если судом будет признано, что подсудимый во время совершения приписываемого ему деяния находился в невменяемом состоянии, то суд выносит определение о прекращении дела, причем входит в обсуждение вопроса о необходимости принятия по отношению к подсудимому мер социальной защиты.

Если судом будет признано, что подсудимый впал в болезненное расстройство душевной деятельности после совершения приписываемого ему деяния, то суд выносит определение о приостановлении дела впредь до выздоровления подсудимого или о прекращении дела производством, если болезнь признана неизлечимой.

Ст. 457 УПК

Если лицо, отбывающее наказание в виде лишения свободы, помещено было в лечебное заведение, ввиду психической или иной болезни, то время, проведенное осужденным в лечебном заведении, засчитывается в срок наказания. Заключенные, заболевшие душевной болезнью или тяжелым неизлечимым недугом, согласно заключению о том врачебной комиссии, подлежат обсуждению суда, вынесшего приговор, на предмет определения, применительно к ст. 196 Уголовно-процессуального кодекса¹, о переводе их в специальные психиатрические или иные больницы или об их освобождении.

¹ Слова «применительно к ст. 196 УПК» утратили значение в связи с отменой главы XVI УПК.

Ст. 11 УК

Меры социальной защиты судебно-исправительного характера не могут быть применяемы в отношении лиц, совершивших преступления в состоянии хронической душевной болезни, или временного расстройства душевной деятельности, или в ином болезненном состоянии, если эти лица не могли отдавать себе отчета в своих действиях или руководить ими, а равно и в отношении тех лиц, которые хотя и действовали в состоянии душевного равновесия, но к моменту вынесения приговора заболели душевной болезнью.

К этим лицам могут быть применяемы лишь меры социальной защиты медицинского характера.

Примечание. Действие настоящей статьи не распространяется на лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения.

Виды судебно-психиатрической экспертизы ¹

Ст. 162 УПК

Свидетели и эксперты допрашиваются на месте производства следствия, для чего вызываются к следователю. Вызов производится порядком, указанным в ст. 130 Уголовно-процессуального кодекса.

Следователь вправе, если признает более удобным, произвести допрос в месте нахождения свидетелей и экспертов.

Ст. 169 УПК — см. приложение к разделу «Порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы».

Ст. 172 УПК

Если имеется несколько экспертов, то им ранее дачи заключения должна быть дана возможность, в случае их о том требования, совещаться между собой.

Ст. 173 УПК

Если эксперты пришли к единогласному выводу, то результаты экспертизы могут быть изложены одним из экспертов по их выбору; в случае же разногласия между экспертами, должны быть изложены каждым из экспертов его выводы. После дачи заключения каждому из экспертов могут быть задаваемы вопросы. По окончании экспертизы составляется протокол, причем соблюдаются правила ст. 168 Уголовно-процессуального кодекса.

Ст. 203 УПК

Расследование приостанавливается по пункту «а» ст. 202 по истечении срока на его производство (ст. ст. 105 и 116). В течение этого срока производящий расследование обязан принимать меры к розыску подследственного.

Расследование приостанавливается по пункту «б» ст. 202 до выздоровления подследственного. В случае же признания подследственного психически больным или неизлечимым, дело направляется в суд для применения мер социальной защиты медицинского характера или прекращается. При приостановлении расследования по пункту «б» ст. 202 производящий его вправе вынести постановление о помещении подследственного в соответствующее лечебное заведение для установления его болезни.

Ст. 253 УПК — см. выше стр. 232.

Ст. 273 УПК — см. выше, стр. 233.

¹ К § 2 главы II.

Ст. 298 УПК

Допрос экспертов производится с соблюдением правил, изложенных в ст.ст. 171—173 Уголовно-процессуального кодекса.

Заключение, данное экспертами, после его устного изложения должно быть представлено затем экспертами в письменном виде и приобщено к делу.

Заключение экспертов для суда не обязательно, однако несогласие суда с экспертизой должно быть им подробно мотивировано в приговоре или особом определении.

Ст. 457. УПК — см. выше, стр. 233.

Значение судебно-психиатрических заключений для судебно-следственных органов¹

Ст. 58 УПК

Доказательствами являются показания свидетелей, заключения экспертов, вещественные доказательства, протоколы осмотров и иные письменные документы и личные объяснения обвиняемого.

Ст. 114 УПК

В случае отказа в ходатайстве, возбужденном обвиняемым или потерпевшим о производстве следственного действия или об установлении какого-либо обстоятельства, следователем должно быть составлено мотивированное постановление с указанием основания отказа.

Ст. 174 УПК — см. выше, стр. 231.

Ст. 298 УПК — см. выше.

Ст. 300 УПК

В случае признания экспертизы недостаточно ясной или неполной, а также в случае разногласия между экспертами, суд по собственной инициативе или по ходатайству кого-либо из сторон может назначить производство новой экспертизы, пригласив для того новых экспертов, причем для медицинской экспертизы запрос направляется в губернский отдел здравоохранения. При этом в случае надобности дело может быть отложено слушанием.

Ст. 319 УПК

Суд основывает свой приговор исключительно на имеющихся в деле данных, рассмотренных в судебном заседании.

Оценка имеющихся в деле доказательств производится судьями по их внутреннему убеждению, основанному на рассмотрении всех обстоятельств дела в их совокупности.

Ст. 321 УПК

В тех случаях, когда во время предварительного и судебного следствия возникал вопрос о вменяемости подсудимого, суд сверх того обязан при постановке приговора поставить на свое разрешение вопрос о вменяемости подсудимого, хотя бы вопрос этот в распорядительном заседании суда был однажды разрешен в порядке главы XVI Уголовно-процессуального кодекса².

¹ К § 3 главы II.

² Слова «в порядке главы XVI УПК» утратили значение в связи с отменой главы.

Права и обязанности судебно-психиатрических экспертов¹

Ст. 48 УПК

Правила, изложенные в ст. ст. 43 и 45 Уголовно-процессуального кодекса², относятся к секретарю судебного заседания, переводчикам и экспертам, причем в отношении последних с тем ограничением, что предыдущее их участие в деле в том же качестве экспертов и переводчиков не может служить основанием к отводу. Отвод разрешается судом, рассматривающим данное дело.

Ст. 64 УПК

Лицо, вызываемое в качестве эксперта, обязано явиться и участвовать в осмотрах и освидетельствованиях и давать заключения. В случае неявки без уважительных причин, а также в случае отказа без законных оснований от исполнения своих обязанностей, к экспертам применяются такие же меры, что и в отношении свидетелей (ст. ст. 60 и 62 Уголовно-процессуального кодекса).

Ст. 65 УПК

Свидетели и эксперты имеют право на возмещение понесенных ими расходов по явке и на вознаграждение за отвлечение от обычных занятий; эксперты имеют право и на вознаграждение за выполнение ими своих обязанностей. Размеры сумм, подлежащих уплате свидетелям и экспертам, определяются особыми инструкциями Народного комиссариата юстиции.

Ст. 88 УПК

Судебные издержки состоят:

- 1) из сумм, выданных свидетелям, экспертам, переводчикам;
- 2) из сумм, израсходованных на хранение, пересылку и исследование вещественных доказательств;
- 3) из иных, понесенных судом по производству данного дела, непредвиденных расходов.

Ст. 170 УПК

Перед допросом экспертов следователь удостоверяется в их самостоятельности и предупреждает о необходимости давать заключение, строго согласное с обстоятельствами дела и данными тех специальных знаний, для которых вызван эксперт; при этом следователь предупреждает об ответственности за отказ от дачи заключения и за дачу ложного заключения.

Ст. 171 УПК

Следователь излагает эксперту те пункты, по которым должно быть дано заключение. Обвиняемый вправе представить в письменном виде те вопросы, по которым экспертом должно быть дано заключение.

Эксперт имеет право, с разрешения следователя, знакомиться с теми обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для дачи заключения.

Примечание. Если эксперт находит, что представленные ему следователем материалы недостаточны для дачи заключения, он составляет акт о невозможности дать заключение. В этих случаях пределы материалов предварительного следствия, долженствующие быть

¹ К § 4 главы II.

² Ст. ст. 43 и 45 говорят о недопустимости участия судьи в судебном разбирательстве при определенных обстоятельствах.

предоставленными эксперту, разрешаются прокурором или судом, которому подсудно данное дело.
Ст. 172 УПК — см. выше, стр. 234.
Ст. 173 УПК — см. выше, стр. 234.

Ст. 212 УПК

Стороны, свидетели, эксперты, переводчики, понятые, поручители, залогодатели за обвиняемого и другие лица могут приносить жалобы на действия следователя, нарушающие или стесняющие их права.

Жалобы подаются прокурору того района и суда, где следователь состоит.

Ст. 220 УПК

Вынесенное прокурором по жалобе определение объявляется жалобщику и немедленно приводится в исполнение. В случае несогласия следователя или жалобщика с постановлением прокурора — последнее может быть обжаловано им в губернский суд.

Ст. 250 УПК

Народный судья назначает день слушания дела, делает распоряжение о вызове в судебное заседание сторон и представителей их интересов, свидетелей, экспертов. По делам, где участие защитника является обязательным, народный судья принимает меры к назначению защитника через подлежащие учреждения, если подсудимым не избран защитник по соглашению.

Ст. 271 УПК

По установлении наличности сторон и представителей их интересов, председатель выясняет, кто из вызывавшихся свидетелей и экспертов явился в судебное заседание, и каковы причины неявки отсутствующих.

Если не все вызывавшиеся свидетели и эксперты окажутся налицо, суд заслушивает объяснения сторон о возможности слушать дело и выносит определение о продолжении дела слушанием или об отложении дела.

Ст. 275 УПК

Явившиеся в судебное заседание эксперты остаются в зале заседания, кроме тех случаев, когда суд по собственной инициативе или по ходатайству кого-либо из сторон признает необходимым удалить экспертов из зала заседания.

Ст. 298 УПК — см. стр. 235.

Ст. 348 УПК

Свидетели, эксперты и переводчики, подвергшиеся по определению народного суда взысканию за неявку, представляют свои ходатайства об освобождении от взыскания и объяснения причин неявки в тот же народный суд. Ходатайства эти рассматриваются судом в распорядительном заседании; определение, вынесенное судом, является окончательным и обжалованию не подлежит.

Часть 2 ст. 92 УК

Уклонение эксперта, переводчика или понятого от явки по вызову тех же органов¹ или отказ от исполнения обязанностей, а равно воспрепятствование явке к исполнению обязанностей народного заседателя лицом, от которого неявившийся является материально или по службе зависимым, — штраф до пятидесяти рублей.

¹ В ч. 1 ст. 92 говорится об органах дознания, следствия и судебных органах.

Ст. 95 УК

Заведомо ложный донос органу судебно-следственной власти или иным, имеющим право возбуждать уголовное преследование должностным лицам, а равно заведомо ложное показание, данное свидетелем, экспертом или переводчиком при производстве дознания, следствия или судебного разбирательства по делу, — лишение свободы или исправительно-трудовые работы на срок до трех месяцев.

Заведомо ложный донос или показание, соединенные: а) с обвинением в тяжком преступлении, б) с корыстными мотивами и в) с искусственным созданием доказательств обвинения, — лишение свободы на срок до двух лет.

Ст. 96 УК

Оглашение данных предварительного следствия, дознания или ревизионного обследования без разрешения прокурора, следователя или производившего дознание или ревизию должностного лица, — лишение свободы на срок до шести месяцев или штраф до пятисот рублей.

Виды судебно-психиатрических заключений¹

Ст. 24 УК

Мерами социальной защиты медицинского характера являются: а) принудительное лечение; б) помещение в лечебное заведение в соединении с изоляцией.

Ст. 26 УК

Меры социальной защиты медико-педагогического и медицинского характера могут быть применены судом, если он признает не соответствующим данному случаю применение мер социальной защиты судебно-исправительного характера, а равно и в дополнение к последним, если, притом, меры социальной защиты медико-педагогического и медицинского характера не были применены соответствующими органами до судебного разбирательства.

2. ИНСТРУКЦИЯ НКЮ СССР, НАРКОМЗДРАВА СССР, НКВД СССР И ПРОКУРАТУРЫ СССР ОТ 17 ФЕВРАЛЯ 1940 г. «О ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СССР»

Глава I. Общие положения

1. Основными задачами судебно-психиатрической экспертизы являются:

а) определение психического состояния и заключение о вменяемости лиц, задержанных или привлекаемых к уголовной ответственности и вызывающих у следственных органов и суда сомнение в их душевном здоровье, и дача заключения о необходимых медицинских мерах в отношении этих лиц;

б) определение психического состояния лиц, обнаруживших признаки душевного расстройства в период отбывания наказания, и дача заключения о необходимых медицинских мерах в отношении этих лиц;

в) определение в необходимых случаях психического состояния потерпевших и свидетелей.

2. Судебно-психиатрическая экспертиза находится в ведении органов здравоохранения.

Оперативное руководство судебно-психиатрической экспертизой осуществляется народными комиссариатами здравоохранения союзных и автономных республик, краевыми, областными и городскими отделами здравоохранения через республиканских, краевых, областных и городских психиатров.

¹ К § 5 главы II.

Методическое и научное руководство судебно-психиатрической экспертизой осуществляется Наркомздравом СССР через Научно-исследовательский институт судебной психиатрии имени проф. Сербского.

3. При проведении судебно-психиатрической экспертизы психиатрические учреждения (больницы, диспансеры, поликлиники) и отдельные врачи руководствуются соответствующими статьями Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов, а также междуведомственными и издаваемыми Наркомздравом СССР инструкциями и приказами.

4. Судебно-психиатрическая экспертиза производится по предложению органов расследования, по определению суда и по требованию администрации мест лишения свободы.

Примечание. При судебно-психиатрическом освидетельствовании лиц, направленных на освидетельствование или экспертизу органами НКВД (и милиции), разрешается участие врача Санотдела НКВД, а также представителя органа, ведущего следствие.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза может проводиться стационарно, амбулаторно, на суде и в камере следователя, а в исключительных случаях в отсутствии испытуемого — заочно по материалам дела.

6. Судебно-психиатрическое заключение о состоянии душевного здоровья и вменяемости дается на основании психиатрического исследования испытуемого, изучения материалов уголовного дела и сведений из прошлой жизни испытуемого, документов и справок о перенесенных в прошлом заболеваниях.

7. Все медицинские учреждения (больницы, клиники, диспансеры, районные психиатры и др.) обязаны представлять судебно-психиатрической экспертизе необходимые для нее сведения и материалы об испытуемом (истории болезни, справки, анализы и пр.).

8. Судебно-психиатрическое заключение оформляется в виде акта. Акт судебно-психиатрической экспертизы состоит из следующих частей: 1) введения, содержащего указания на время и место производства экспертизы, состав экспертной комиссии, фамилии, имени, отчества и возраста испытуемого, краткое содержание уголовного дела с указанием статьи Уголовного кодекса, кем направлен испытуемый на экспертизу и по какому поводу; 2) сведений о прошлой жизни с указанием, от кого они получены, сведений о прошлых заболеваниях со ссылкой на документы, подтверждающие эти данные, и истории настоящего заболевания; 3) подробного описания физического, неврологического и психического состояния испытуемого в период экспертизы и данных специальных лабораторных исследований; 4) заключительной части акта, содержащей ответы на все поставленные судебно-следственными органами вопросы, диагноз психического заболевания, если таковое имеется, оценку психического состояния испытуемого в момент совершения преступления и в период испытания и связанное с этим решение вопроса о вменяемости, а также указание необходимых медицинских мер в отношении лиц, признанных душевнобольными.

9. Судебно-психиатрический акт подписывается всеми членами комиссии, которые несут за его содержание равную ответственность. В случае несогласия одного из экспертов с заключением комиссии, он имеет право представить особое мнение, прилагаемое к акту экспертизы.

10. В случаях признания экспертизы недостаточно ясной или неполной, а также в случаях разногласия между экспертами, органы расследования или суды обращаются с предложением организовать повторную экспертизу в органы здравоохранения. Последние организуют новую экспертную комиссию через республиканского, краевого, областного или городского психиатра, привлекая квалифицированных психиатров или направляя испытуемых в специальные судебно-психиатрические учреждения, судебно-психиатрические отделения психиатрических больниц, а в особо сложных случаях — в Институт судебной психиатрии наркомздрава СССР им. Сербского.

11. Все дела, истории болезни, копии актов, отчеты и переписка по вопросам судебно-психиатрической экспертизы выделяются в особое дело-производство.

Глава III. Права и обязанности судебно-психиатрических экспертов

12. Судебно-психиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и психиатрическую подготовку.

13. На врачей-психиатров, проводящих судебно-психиатрическую экспертизу, распространяются положения о правах и обязанностях экспертов, предусмотренные Уголовно-процессуальным кодексом.

14. Судебно-психиатрический эксперт имеет право с разрешения следственных органов знакомиться с обстоятельствами дела, уяснение которых необходимо ему для производства экспертизы. В процессе судебного следствия эксперт имеет право задавать вопросы потерпевшим, обвиняемым и свидетелям.

В случаях, когда представленные ему материалы недостаточны для заключения, он заявляет о невозможности дать заключение и указывает, какие именно материалы или документы, дополнительные исследования и расследование, опросы тех или других лиц (обвиняемых, потерпевших, свидетелей) ему необходимы для производства экспертизы.

В случае непредставления эксперту просимых им данных, он составляет акт, подробно объясняя в нем мотивы отказа от дачи заключения.

15. В тех случаях, когда судебно-психиатрический эксперт не может ответить на поставленные ему при экспертизе вопросы, он обязан по этому поводу дать мотивированное объяснение.

16. Судебно-психиатрический эксперт не имеет права разглашать известные ему следственные материалы по делу и данные, полученные им при судебно-психиатрической экспертизе, и сообщает их только следственным и судебным органам по их требованию.

За разглашение следственных материалов и данных экспертизы эксперт несет ответственность по соответствующим статьям Уголовного кодекса.

17. Судебно-психиатрические эксперты ведут по установленной форме учет произведенных ими экспертиз, составляют отчет по установленной форме и направляют его в соответствующие органы здравоохранения (республиканскому, краевому, областному или городскому психиатру).

Глава III. Амбулаторная экспертиза

18. Амбулаторная экспертиза проводится постоянными судебно-психиатрическими амбулаторными комиссиями, которые организуются местными органами здравоохранения.

19. Амбулаторная комиссия организуется при местной психиатрической больнице или при одном из местных медицинских учреждений (диспансере, поликлинике и т. п.).

20. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза производится комиссией в составе трех врачей-психиатров: председателя и двух членов комиссии, из которых один является докладчиком. Персональный состав комиссии назначается местным здравоотделом по представлению республиканского, краевого, областного или городского психиатра.

Примечание. В тех местностях, где комиссия в составе трех психиатров не может быть создана, допускается комиссия в составе двух врачей-психиатров, а в исключительных случаях амбулаторная экспертиза может производиться одним врачом-психиатром.

21. На испытуемых, проходящих через амбулаторную экспертную комиссию, составляются амбулаторные истории болезни с занесением в них всех данных, обосновывающих заключение комиссии, и составляется акт экспертизы.

22. В случаях затруднений, возникающих у членов комиссии по вопросу о душевном здоровье и вменяемости испытуемого, амбулаторная

комиссия дает заключение о необходимости проведения стационарного испытания.

Глава IV. Стационарная экспертиза

23. Стационарная, судебно-психиатрическая экспертиза производится в психиатрических институтах, клиниках и психиатрических больницах.

24. Испытуемые помещаются для экспертизы в специальные судебно-психиатрические отделения психиатрических больниц, а при отсутствии таковых — в специально отведенные и по возможности изолированные палаты общих отделений больниц.

25. В учреждениях, проводящих стационарное испытание (п. 23), организуются стационарные экспертные комиссии. В психиатрических клиниках и больницах экспертные комиссии образуются в составе не менее трех лиц: 1) председателя — главного врача или заведующего медицинской частью больницы, 2) постоянного члена комиссии — заведующего судебно-психиатрическим отделением или другого врача больницы из числа имеющих специальную судебно-психиатрическую подготовку, 3) врача-докладчика, проводившего постоянное наблюдение за испытуемым.

В психиатрических институтах экспертные комиссии образуются на основании положений об этих институтах. Акт комиссии утверждается руководителем учреждения.

26. Срок стационарного испытания не должен превышать тридцати дней.

В случаях невозможности вынести окончательное заключение о душевном здоровье и вменяемости в указанный срок, стационарная экспертная комиссия выносит мотивированное решение о необходимости продления срока испытания.

Глава V. Экспертиза на суде, в камере следователя и в местах лишения свободы

27. Судебно-психиатрическая экспертиза в камере следователя, на суде и в местах лишения свободы может производиться врачом-психиатром единолично или комиссией из нескольких врачей-психиатров, вызываемых судом, следователем или администрацией места лишения свободы.

28. В случае возникновения в камере следователя, на суде или в месте лишения свободы затруднений при решении вопроса о душевном здоровье и вменяемости испытуемого, врач-эксперт может дать заключение о необходимости производства экспертизы в комиссии или о направлении испытуемого на стационарную экспертизу.

29. Врачи, проводящие судебно-психиатрическую экспертизу в камере следователя, на суде и в местах лишения свободы, обязаны отчитываться в своей работе перед соответствующими органами здравоохранения.

3. ИНСТРУКЦИЯ НКЮ РСФСР И НАРКОМЗДРАВА РСФСР ОТ 17 ФЕВРАЛЯ 1935 г. «О ПОРЯДКЕ НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ПРЕСТУПЛЕНИЕ»

В целях упорядочения и введения единообразной практики назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступление, Народный комиссариат юстиции совместно с Народным комиссариатом здравоохранения предлагают впредь при назначении и осуществлении указанного принудительного лечения руководствоваться следующими правилами:

1. Принудительное лечение как мера социальной защиты медицинского характера, предусмотренная ст. 22 Уголовного кодекса, может быть назначено исключительно приговором или определением суда.

Примечание 1. Ни органы расследования, ни органы прокуратуры не могут выносить постановлений о применении к обвиняемому принудительного лечения или же давать свое согласие лечебным заведениям на применение к обвиняемому принудительного лечения.

2. Принудительное лечение в отношении психически больных, совершивших преступления, назначается судом в тех случаях, когда суд признает необходимым в отношении этих лиц применение мер медицинского характера в условиях изоляции в силу их социальной опасности, с целью предотвращения побегов таких лиц и предупреждения повторных с их стороны преступлений.

3. Принудительное лечение может быть назначено в отношении следующих категорий лиц: а) лиц, совершивших преступления в состоянии душевного расстройства и являющихся психически больными к моменту рассмотрения о них дела в суде, б) лиц, заболевших болезнью после совершения преступления и являющихся таковыми к моменту рассмотрения о них дела в суде. в) лиц, заболевших психической болезнью во время отбывания лишения свободы.

4. Назначению судом принудительного лечения обязательно предшествует судебно-психиатрическая экспертиза, проводимая с соблюдением ст. 16 Положения о производстве судебно-медицинской экспертизы в институтах или клиниках судебной психиатрии, а где их нет — в судебно-психиатрических отделениях общегражданских психиатрических больниц, или, если нет и последних, в общегражданских психиатрических больницах, а также в психиатрических учреждениях амбулаторного характера или в заседании суда, если эксперты найдут возможным обойтись без стационарного изучения больного.

5. Судебно-психиатрическая экспертиза в своем заключении дает основание, необходимое суду для решения вопроса о назначении принудительного лечения или же лечения на общих основаниях.

6. Если суд не согласится с заключением судебно-психиатрической экспертизы, он обязан свое несогласие с экспертизой подробно мотивировать в приговоре или особом определении (ст. 298 УПК).

7. Находящиеся на принудительном лечении психически больные правонарушители ставятся в условия строгого надзора (как и другие больные, опасные для себя и окружающих), гарантирующего принудительное содержание их в психиатрических больницах.

8. Освобождение лиц (выписка из больницы), отбывающих принудительное лечение, а также перевод лиц, находящихся на принудительном лечении, на условия обычных больных производится на основании постановления специальной комиссии, образуемой главным врачом учреждения, с утверждением этого постановления в порядке ст. 461 УПК судом, вынесшим определение о принудительном лечении (или соответствующим судом по месту нахождения лечебного учреждения).

Примечание. Перевод из больницы, куда был помещен для принудительного лечения осужденный, в другие психиатрические больницы, в психиатрические колонии и т. п. производится исключительно по постановлениям указанной комиссии.

9. Суд, рассматривая вопрос об освобождении от принудительного лечения, одновременно решает вопрос о дальнейшем направлении данного лица.

В отношении лиц, признанных судом при направлении их на принудительное лечение совершившими преступление в состоянии душевного расстройства (ст. 3 п. «а»), суд выносит определение о полном их освобождении.

В отношении лиц, заболевших после совершения преступления (ст. 3 п. «б») и затем выздоровевших, возобновляется прекращенное дело.

В отношении лиц, заболевших во время отбывания приговора (ст. 3 п. «т»), приостановленный на время принудительного лечения приговор вновь начинает исполняться (причем время принудительного лечения засчитывается в срок, назначенный приговором).

Если будет установлено впоследствии, что лицо, направленное на принудительное лечение, симулировало душевную болезнь и в момент совершения преступления было здоровым, дело о нем возобновляется по вновь открывшимся обстоятельствам.

Абстинен
Автоматизм

Аггравация

Амнезия

Артериосклероз

Астенический
Аура

Аутизм

Аутоэротизм
Афазия

Галлюцинация

Генуинный
Гомосексуальность
Дебильность

Делирий

Деменция
Депрессивный
Депрессия
Дефект
Дизартрия
Дипсомания
Диспластическая
Диссимуляция
Идиотия

Иллюзия

Имбецильность

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ИНОСТРАННЫХ ТЕРМИНОВ

Абстиненция	— воздержание.
Автоматизм	— поведение, не зависящее от сознательной воли субъекта.
Аггравация	— произвольное усиление, преувеличение болезненных симптомов.
Амнезия	— отсутствие воспоминания, забвение, запомывание.
Артериосклероз	— изменение артериальных стенок, делающее их неэластичными, ломкими.
Астеничный	— слабый, легко истощаемый, пассивный.
Аура	— предвестники эпилептического припадка, выражающиеся в различных болезненных ощущениях или восприятиях, за которыми следует потеря сознания.
Аутизм	— болезненная отгороженность от окружающего мира, свойственная душевнобольным, связанная с погружением в свой собственный внутренний мир переживаний.
Аутоэротизм	— половое влечение, направленное на самого себя.
Афазия	— расстройство речи, выражающееся в утрате способности произносить слова или в утрате способности понимать их значение.
Галлюцинация	— ложное восприятие, которому не соответствует никакой внешний раздражитель.
Генуинный	— наследственный.
Гомосексуализм	— половое влечение к лицам того же пола.
Дебильность	— интеллектуальная недостаточность; наиболее легкая степень олигофрении (см.).
Делирий	— бред с галлюцинациями, главным образом зрительными, возникающий на фоне измененного сознания большей частью от внешних причин (инфекции, интоксикации и т. п.).
Деменция	— слабоумие.
Депрессивный	— угнетенный, тоскливый.
Депрессия	— подавленное состояние.
Дефект	— недостаток, изъян, выпадение функции.
Дизартрия	— затрудненная, нарушенная, смазанная речь.
Дипсомания	— запой, периодическое пьянство.
Диспластический	— непропорционально и негармонично сложенный.
Диссимуляция	— стремление скрывать свою болезнь.
Идиотия	— самая глубокая степень врожденного слабоумия, олигофрении (см.).
Иллюзия	— искаженное, ошибочное, обманчивое восприятие реального раздражителя.
Имбецильность	— вторая по глубине степень врожденного слабоумия, олигофрении (см.).

Импотенция	— половая слабость.
Импульс	— толчок, побуждение.
Импульсивное действие	— совершенное под влиянием внезапно возникшего болезненного побуждения.
Инсульт	— внезапное стойкое нарушение мозгового кровообращения («удар»), влекущее за собой выпадение нервных функций.
Интеллект	— ум.
Инфантилизм	— отставание в развитии, «детскость».
Ипохондрический, ипохондрия	— мнительный, высказывающий бесчисленные жалобы на разные болезненные ощущения, часто не существующие в действительности; склонность к подобного рода жалобам.
Истерия	— нервное заболевание, развивающееся под влиянием психических потрясений и выражающееся в появлении ряда примитивных реакций (припадков, «бегство в болезнь», «двигательная буря», функциональные параличи и т. д.).
Катамнез	— совокупность сведений о дальнейшем течении и исходе болезни или о дальнейших обстоятельствах жизни больного.
Кверулянт	— лицо, обнаруживающее страсть к тяжбам.
Клептомания	— импульсивное влечение к кражам предметов, обычно не представляющих ценности.
Клонический	— говорится о судорогах мышц, быстро следующих одна за другой и имеющих ритмический характер.
Мазохизм	— половое извращение, сводящееся к получению полового удовлетворения от физической боли или унижения, причиняемых лицом противоположного пола.
Маниакальный	— возбужденный, в повышенном настроении.
Маразм	— крайняя степень физического истощения и психического упадка.
Мастурбация	— то же, что онанизм (см.).
Мутизм	— невозможность (или нежелание) говорить без наличия поражений органов речи.
Наркомания	— влечение к употреблению наркотических средств.
Неврастения	— состояние нервной слабости, являющееся следствием истощения нервной системы.
Невроз	— обратимое функциональное заболевание нервной системы психогенного происхождения.
Негативизм	— стремление сопротивляться всяким внешним воздействиям.
Олигофрения	— врожденное (или приобретенное в результате раннего органического заболевания головного мозга) слабоумие.
Онанизм	— механическое раздражение половых органов с целью получить половое удовлетворение.
Параноидный	— бредовой.
Педерастия	— влечение к совершению полового акта с лицами того же пола (см. гомосексуализм).
Педофилия	— половое влечение к детям.
Пиромания	— патологическое влечение к поджогам.
Пориомания	— патологическое влечение к бродяжничеству.
Процессуальный	— движущийся вперед (о заболеваниях, носящих характер процесса, например шизофрения, эпилепсия).
Псевдодеменция	— мнимое, ложное слабоумие.
Психогенный	— вызванный душевными переживаниями.

Пуэрилизм
Резонерство

Рефлекс

Садизм

Симуляция

Содомия
Стеничный
Ступор

Травма

Транс

Токсический
Тонический

Фетишизм

Циклический
Цитоархитектоника
Эйфория

Эквивалент

Экзогенная
Экзогенный }

Экстибиционизм

Эмоция
Эндогенная
Эндогенный }

Энцефалит

- ребячливость, детский характер поведения.
- склонность к бесплодным умствованиям и бессодержательным рассуждениям.
- автоматический ответ нервной системы на внешнее или внутреннее раздражение.
- половое извращение, сводящееся к получению полового удовлетворения от причинения другому лицу физической боли.
- искусственное воспроизведение симптомов якобы имеющей место болезни.
- скотоложство.
- активный, сильный, энергичный.
- длительное застывание в полной неподвижности (при шизофрении или под влиянием душевных потрясений).
- механическое повреждение или психическое потрясение.
- состояние нарушенного сознания, обычно психогенного происхождения (чаще всего у истеричных или под влиянием гипнотического внушения).
- ядовитый, связанный с отравлением организма.
- говорится о длительном судорожном напряжении мышц.
- половое извращение, сводящееся к тому, что половое влечение направляется на отдельные части тела или одежды лица противоположного пола.
- имеющий волнообразное течение.
- клеточное строение (например головного мозга).
- немотивированное благодушие, не соответствующее тяжести заболевания.
- временное расстройство душевной деятельности у эпилептика, как бы заменяющее судорожные припадки.
- заболевание, вызванное внешними (по отношению к мозгу) причинами; вызванный внешними причинами.
- патологическое влечение к обнажению своих половых органов перед другими.
- чувство, переживание.
- заболевание, вызванное внутренними причинами, заложенными в самом организме; вызванное внутренними причинами.
- воспаление мозга (инфекционное).

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Предисловие ко 2-му изданию	2
Введение	3
ОБЩАЯ ЧАСТЬ	
Глава I. Вменяемость и задачи судебно-психиатрической экспертизы	5
Глава II. Судебно-психиатрическая экспертиза в СССР, законодательство о ней и ее организационные формы	12
§ 1. Порядок назначения судебно-психиатрической экспертизы. Анализ ст. 11 УК РСФСР	13
§ 2. Виды судебно-психиатрической экспертизы	26
1. Экспертиза в камере следователя	26
2. Амбулаторная экспертиза	27
3. Стационарная экспертиза	29
4. Экспертиза на суде	34
5. Заочная экспертиза	37
§ 3. Значение судебно-психиатрических заключений для судебно-следственных органов	41
§ 4. Права и обязанности судебно-психиатрических экспертов	43
1. Права экспертов	43
2. Обязанности экспертов-психиатров	44
§ 5. Виды судебно-психиатрических заключений	45
1. Заключение о помещении в психиатрическую больницу на общих основаниях	46
2. Заключение об отдаче на поруки родным и под наблюдение районного психиатра	46
3. Заключение о помещении в психиатрическую больницу на принудительное лечение	47
Глава III. Понятие душевной болезни и причины душевных заболеваний	52
Глава IV. Общие сведения о строении и функциях нервной системы	54
Глава V. Отдельные симптомы психических расстройств	63
§ 1. Физические признаки душевных заболеваний	63
§ 2. Психические признаки (симптомы) душевных заболеваний	64
1. Галлюцинации	64
2. Бредовые идеи	67
3. Расстройства памяти	70
4. Расстройства мышления и интеллекта	71
5. Расстройства эмоциональной жизни	73
6. Расстройства воли	75
7. Расстройства сознания	80
Глава VI. Течение душевных болезней, диагноз и прогноз	82
Глава VII. Классификация душевных болезней	84

СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Глава VIII. Шизофрения	85
§ 1. Симптоматика и течение болезни	85
§ 2. Формы шизофрении	88
1. Кататоническая форма шизофрении	89
2. Гебефреническая форма шизофрении	90
3. Параноидная форма шизофрении	91
4. Простая форма шизофрении	94
§ 3. Общая судебно-психиатрическая оценка шизофрении	96
§ 4. Прогноз и лечение	97
Глава IX. Эпилепсия	99
Глава X. Маниакально-депрессивный психоз	109
Глава XI. Олигофрения	113
Глава XII. Психозы при органических заболеваниях мозга	116
§ 1. Травматические заболевания мозга	118
§ 2. Психические расстройства на почве сифилиса нервной системы	122
1. Сифилис мозга	122
2. Прогрессивный паралич	124
§ 3. Эпидемический энцефалит	128
§ 4. Артериосклероз мозга	131
§ 5. Предстарческие психозы и старческое слабоумие	133
Глава XIII. Наркомании	136
§ 1. Алкоголизм	136
§ 2. Морфинизм	145
§ 3. Кокаинизм	146
§ 4. Судебно-психиатрическое значение группы наркоманий	147
Глава XIV. Психопатические личности	150
§ 1. Формы психопатии	151
§ 2. Судебно-психиатрическая оценка психопатий	156
Глава XV. Неврозы и психогенные реакции	161
§ 1. Неврозы	162
1. Неврастения	163
2. Истерия	163
§ 2. Психогенные реакции	170
Глава XVI. Исключительные состояния	178
Глава XVII. Симуляция душевных болезней	183
Глава XVIII. Оценка показаний душевнобольных. Оговоры. Само- оговоры	195
Глава XIX. Психиатрический надзор в местах заключения	202
§ 1. Осуществление психиатрического надзора, направленного на полное изъятие из мест заключения душевнобольных	204
§ 2. Лечебное воздействие психиатра на лишенных свободы с не- резкими нервнопсихическими отклонениями	206
	247

Глава XX. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних	212
§ 1. Экспертиза несовершеннолетних обвиняемых	214
§ 2. Судебно-психиатрическая оценка отдельных болезненных форм у несовершеннолетних	217
§ 3. Экспертиза несовершеннолетних свидетелей и потерпевших	222
1. Особенность личности дающего показания	223
2. «Атмосфера дела»	224
3. Влияние опроса на достоверность свидетельских показаний	226

ПРИЛОЖЕНИЯ К ГЛАВЕ II

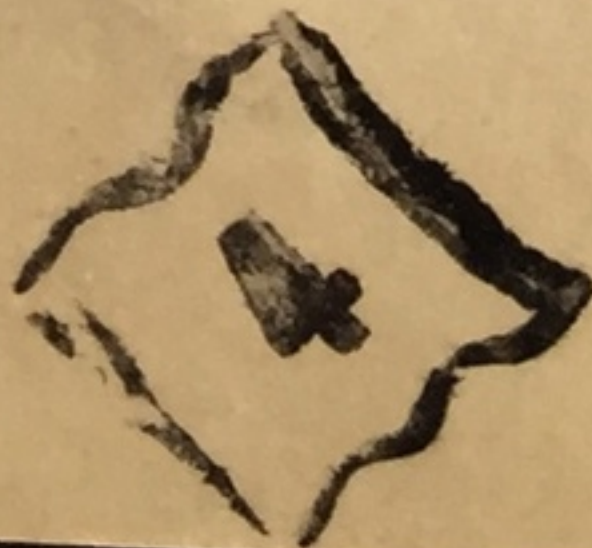
«Судебно-психиатрическая экспертиза в СССР, законодательство о ней и ее организационные формы»

1. Извлечение из уголовного кодекса РСФСР и уголовно-процессуального кодекса РСФСР по вопросам судебно-психиатрической экспертизы	231
2. Инструкция НКЮ СССР, Наркомздрава СССР, НКВД СССР и Прокуратуры СССР от 17 февраля 1940 г. «О производстве судебно-психиатрической экспертизы в СССР»	238
3. Инструкция НКЮ РСФСР и Наркомздрава РСФСР от 17 февраля 1935 г. «О порядке назначения и проведения принудительного лечения психических больных, совершивших преступление	241
Краткий словарь иностранных терминов	243

Редактор В. П. Усков

Подписано к печати 14/IV 1947 г. Печ. листов 15 $\frac{1}{2}$. Уч.-изд. л. 17,34.
В печ. л. 43776 зн. Тираж 25000. М-02968. Цена 7 руб. Зак. 4097.

4-я типография им. Евг. Соколовой треста «Полиграфкнига» ОГИЗа
при Совете Министров СССР. Ленинград, Измайловский пр., 29.



них 212
... 214
ных
... 217
ших 222
... 223
... 224
каза-
... 226

ОНО-

овно-
ебно-
... 231
НКВД
940 г.
ертизы
... 238
СР от
прове-
боль-
... 241
... 243

изд. л. 17,31.
б. Зак. 4097.
ОГИЗ
р. 29.

Цена 7 руб.



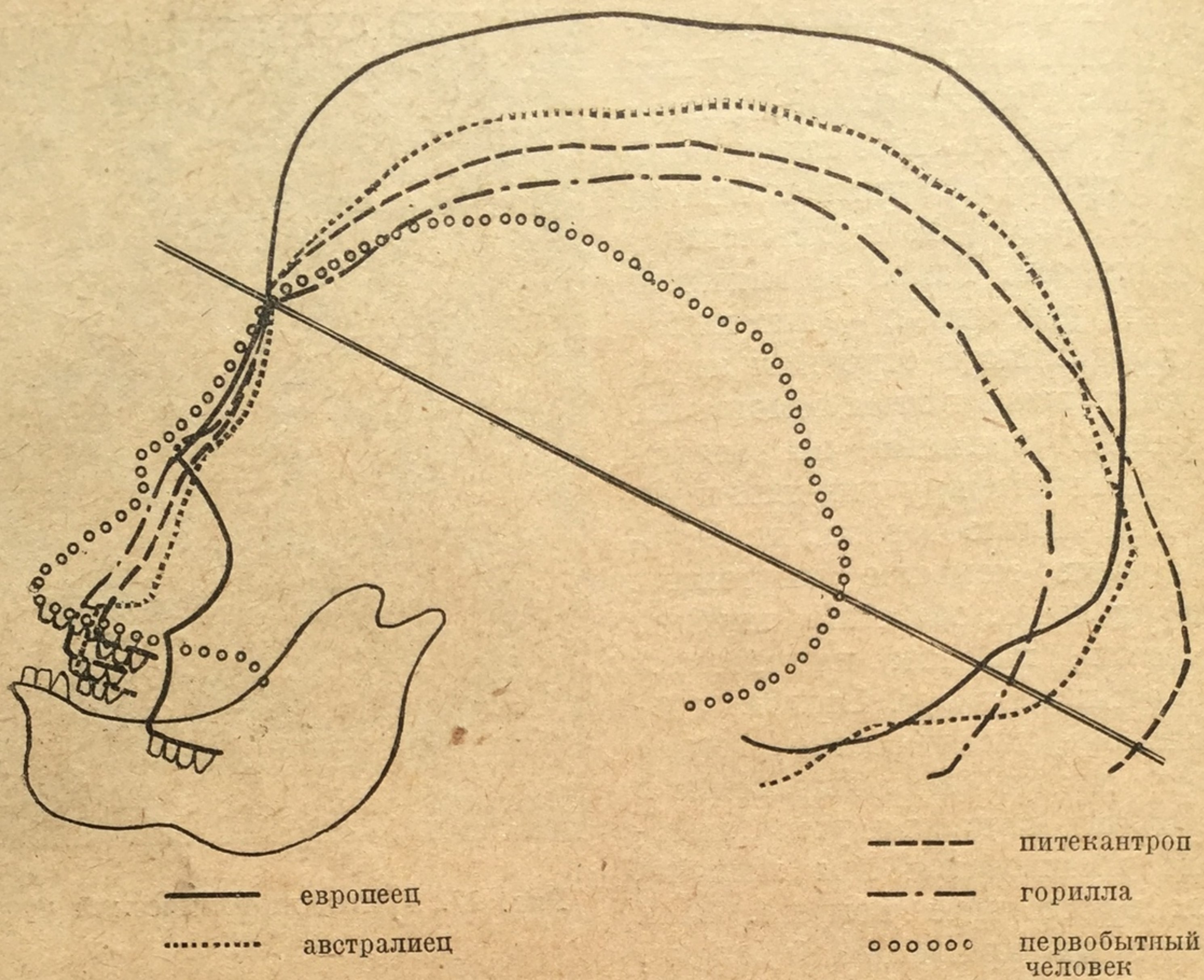


Рис. 18. Различные степени прогнатизма у обезьяны и человека.



Рис. 19. Неправильное, частью несимметричное строение черепа и лица у олигофренов; оттопыренная ушная раковина у мальчика справа.



Рис. 103. Группа детей-наркоманов в учреждении для беспризорных.

нередкого злоупотребления ими, а быстро развивающееся привыкание ведет к тяжелой картине наркомании, более или менее одинаковой, будь

Куклы с синдромом Дауна стали лучшими игрушками 2020 года

В этом году 24 бренда презентовали 81 игрушку для участия в конкурсе

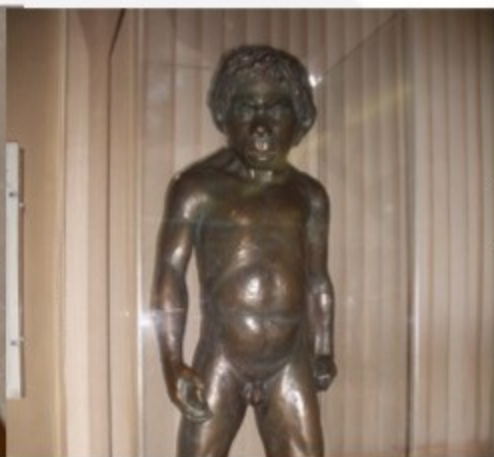
Кирилл Сосков Metro Москва, 11 ноября 2020



81 игрушка претендовала на звание лучшей в 2020 году.

Продвижение разнообразия

Куклы – представители разных рас с синдромом Дауна испанского бренда



неандерталец в музее.



Первая роль
Дочка Учителя
сыграла сына Цоя

В прокат вышла картина «Цой». Режиссёр Алексей Учитель рассказал Metro, как подбирал актёров на роли, каким запомнил Виктора Цоя и что думает про желание родственников музыканта запретить фильм



PHOTO-COLLAGE

Современная гуманитарная академия

Н.С. Лобас

бывший врач сахалинских каторжных тюрем

УБИЙЦЫ

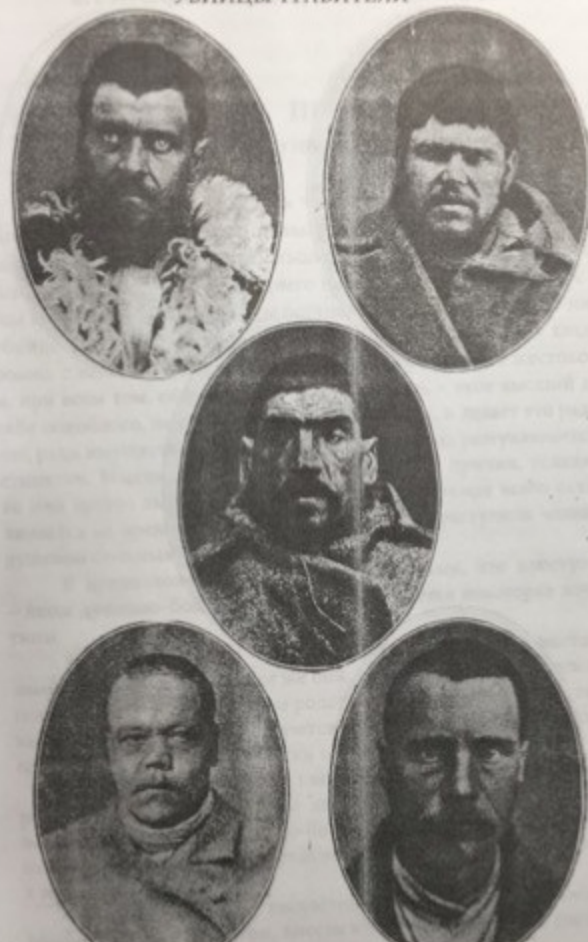
(Некоторые черты психофизики преступников)

Со снимками преступников

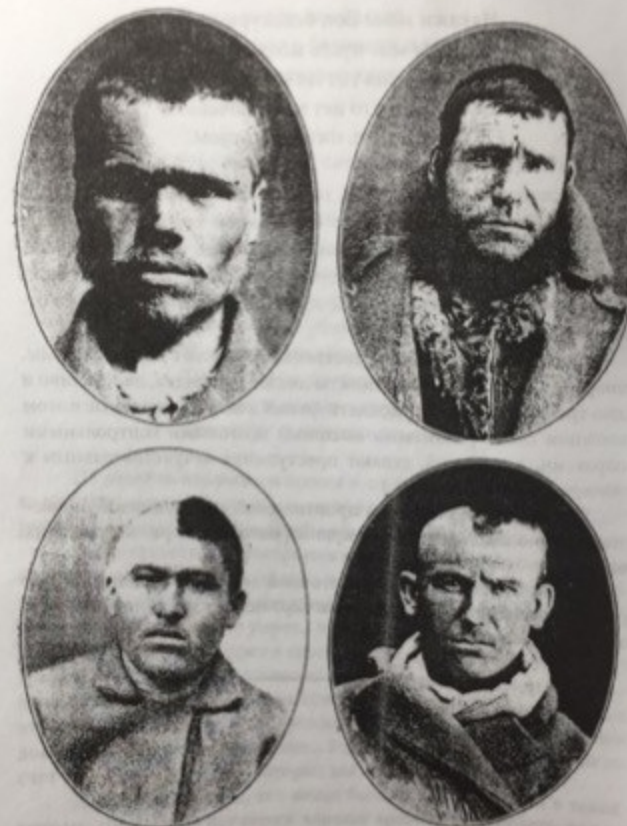
Москва 2008

PIС·COLLAGE

УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



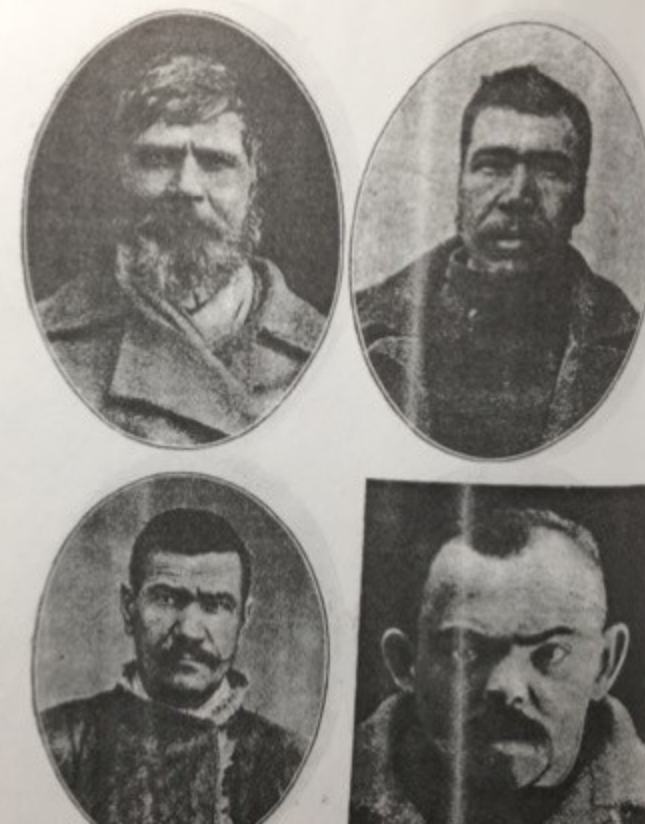
УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



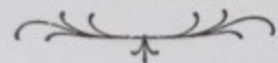
УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



УБИЙЦЫ-ГРАБИТЕЛИ



АНТРОПОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.



ЖЕНЩИНЫ-УБИЙЦЫ.

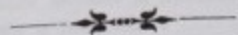
ВРАЧА

П. Н. Тарновской.

Съ 163 рисунками

и

8 антропометрическими таблицами.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

„Т-во Художественной Печати“, Английскій пр., 29
1902.



№ 121.



№ 122.



№ 123.



№ 124.



№ 53.



№ 54.



№ 55.



№ 56.



№ 65.



№ 66.



№ 67.



№ 68.



№ 69.



№ 70.



№ 71.



№ 72.



№ 125.



№ 126.



№ 127.



№ 128.



№ 129.



№ 130.

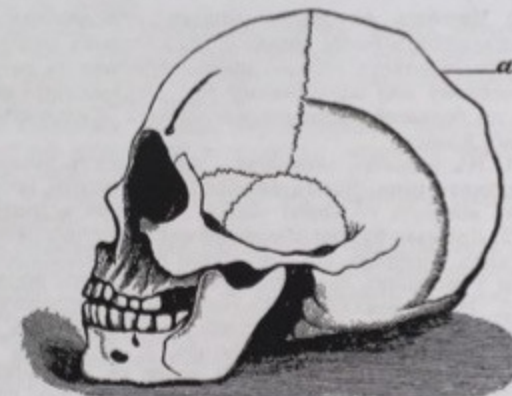


№ 131.



№ 132.

Чешуя затылочной кости при этомъ обыкновенно бываетъ выпуклою, утолщеною по срединѣ, и образуетъ крутой загибъ, спускающійся къ шеѣ.



ЛИЦО. Переходя къ физическимъ признакамъ вырожденія, наблюдаемымъ на лицѣ, необходимо прежде всего упомянуть объ очевидныхъ *асимметріяхъ* различныхъ частей лица.

Мы говоримъ *очевидныхъ*, такъ какъ существуетъ мнѣніе, что нѣтъ вполне симметричнаго лица, и что каждый челонѣкъ представляетъ болѣе или менѣе выраженную асимметрію какой-либо части тѣла, преимущественно лица.

Не входя въ дальнѣйшее обсужденіе этого взгляда, которое намъ кажется, несомнѣнно, преувеличеннымъ, мы будемъ говорить здѣсь объ асимметріяхъ очевидныхъ, неоспоримыхъ и бросающихся въ глаза.

Асимметрію могутъ одинаково представлять всѣ безъ исключенія части обѣихъ половинъ лица, и выражаться, напримѣръ, отклоненіемъ носа въ правую или лѣвую сторону; ушами прикрѣпленными не на одномъ уровнѣ, или представляющими неодинаковую величину; неодинаковымъ развитіемъ обѣихъ вѣтвей нижней челюсти, причемъ одна изъ нихъ короче другой, что обуславливаетъ у даннаго субъекта неодинаковый профиль; вро-



№ 133.



№ 134.



№ 135.



№ 136.

**ВСЕГДА
не верьте
тому что
кажется,
верьте
ТОЛЬКО
доказательствам.**



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.